UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969. — N° 95

LES ÉCHELLES DE COMPORTEMENT ET LEUR UTILISATION EN PSYCHIATRIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 juin 1969.

PAR

Arlette HÉBERT

Interne des Hôpitaux de Bordeaux,

née à TALENCE (Gironde), le 19 octobre 1937.

Examinateurs de la thèse :

MM. BLANC, Agrégé ..... *Président.*

DELMAS-MARSALET, Professeur..

BERGOUIGNAN, Professeur .... *Juges.*

JULIEN, Agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIES DELMAS

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0008

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969. — N° 95

LES ÉCHELLES DE COMPORTEMENT ET LEUR UTILISATION EN PSYCHIATRIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 juin 1969.

PAR

Arlette HÉBERT

Interne des Hôpitaux de Bordeaux,

née à TALENCE (Gironde), le 19 octobre 1937.

Examinateurs de la thèse

MM. BLANC, Agrégé ..... *Président.*

DELMAS-MARSALET, Professeur..

BERGOUIGNAN, Professeur .... *Juges.*

JULIEN, Agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIES DELMAS

1969

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS.

DOYEN : M. F. TAYEAU. — **ASSESSEURS :** MM. J. MASQUELIER, P. LAUMONIER.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. CHARRIER, DUBREUIL, CREYX, DARGET, R. SIGALAS, G. PORTMANN, M. RIVIÈRE, R. GIRARD, C. PIFFAULT, R. FABRE, R. DUFOUR, P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X.-J. DUBECQ, L. MASSÉ, A. LACHAPÈLE, G. VITTE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	
P. DELMAS-MARSALET	*Clinique des maladies nerveuses et mentales.*
P. DERVILLÉE	*Médecine légale et Médecine du travail.*
R. MANDOUL	*Zoologie et parasitologie.*
R. CASTAGNOU	*Toxicologie et hygiène appliquée.*
J. REBOUL	*Carcinologie.*
P. MESNARD	*Chimie organique et Chimie analytique.*
R. GRANDPIERRE	*Physiologie.*
P. BROUSTET	*Clinique médicale cardiologique.*
J. MAGENDIE	*Clinique chirurgicale.*
F. TAYEAU	*Biochimie médicale A.*
G. MAYER	*Histologie et embryologie.*
P. BLANQUET	*Physique nucléaire appliquée et radiobiologie.*
R. SARIC	*Clinique médicale.*
L. POUYANNE	*Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.*
J.-J. DUBARRY	*Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif.*
F.-J. TRAISSAC	*Clinique thérapeutique.*
R. MAHON	*Clinique d'accouchements.*
R. PAUTRIZEL	*Immunologie et biologie parasitaire.*
Mlle G. ROUGIER	*Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.*
G. MOUSTARDIER	*Bactériologie.*
E. BESSIÈRE	*Clinique ophtalmologique.*
H. LEGER	*Anatomie pathologique.*
J. MASQUELIER	*Matière médicale.*
G. MORETTI	*Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale.*
N	*Clinique oto-rhino-laryngologique.*
P. LAUMONIER	*Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire.*
J. LENG-LÉVY	*Clinique médicale et des maladies infectieuses.*

MM.	
R. LETAC	*Pathologie et recherche chirurgicales.*
R. QUILICHINI	*Pharmacie galénique.*
E. NEUZIL	*Biochimie médicale B.*
R. STOLL	*Biologie.*
J. LANGE	*Clinique urologique.*
P. FRÉOUR	*Hygiène et Clinique de pneumophtisiologie.*
F. RIGAUD	*Anatomie.*
J. FAURE	*Médecine expérimentale et physiopathologie.*
G. DUBOURG	*Clinique chirurgicale des maladies cardiaques.*
J. VILLAR	*Clinique gynécologique.*
P. LE COULANT	*Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.*
M. BERGOUIGNAN	*Pathologie nerveuse et mentale.*
J. DUHAMEL	*Physique médicale et pharmaceutique.*
R. BABIN	*Pharmacie chimique.*
N.	*Séméiologie médicale.*
H. CHOUSSAT	*Pathologie médicale.*
L. CHASTRUSSE	*Clinique obstétricale.*
P. VERGER	*Clinique médicale des maladies des enfants.*
F. LAPORTE	*Chirurgie générale.*
R. TINGAUD	*Clinique chirurgicale.*
H. LAUBIE	*Botanique et cryptogamie.*
Cl. RICHIR	*Anatomie pathologique.*
R. GOLSE	*Chimie générale et Chimie minérale*
J. BAILENGER	*Zoologie et biologie animale.*
J.-Cl. COLLETER	*Chimie analytique.*
H. BRICAUD	*Médecine générale.*
P. BENOIT	*Clinique odonto-stomatologique.*
Cl. MARTIN-DUPONT	*Clinique néphrologique.*
J. CANELLAS	*Pharmacodynamie et hydrologie.*
R. CANIVENC	*Histologie.*
G. DELORME	*Electroradiologie.*
J. DEPAULIS	*Séméiologie chirurgicale.*

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM.	
J. RIVIÈRE	*Médecine générale.*
J. DAVID-CHAUSSÉ	*Médecine générale.*
J. MARQUEVIELLE	*Biochimie médicale.*
H. DULONG DE ROSNAY	*Bactériologie.*
M. BLANC	*Neuro-psychiatrie.*
Cl. MASSÉ	*Chirurgie générale.*
R. MARAUD	*Histologie et embryologie.*
P. DU PASQUIER	*Bactériologie.*
J. STAEFFEN	*Médecine générale.*

MM.	
J.-P. DUBECQ	*Obstétrique.*
R. CROCKETT	*Chimie organique et chimie analytique.*
G. NEVERRE	*Physiologie.*
J. MEUNIER	*Histologie.*
A. SERISÉ	*Hygiène.*
P. FERRET-BOUIN	*Physique médicale.*
J. VIDEAU	*Anatomie.*
R. CASTAING	*Médecine générale et thérapeutique*

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.	
P. BLANCHOT	*Médecine générale.*
L. DOUTRE	*Chirurgie générale.*
R. JENSEN	*Chimie biologique.*
J. BROUSSIN	*Electroradiologie.*
R. TESSIER	*Pneumo-phtisiologie.*
Mme J. SÉCHET	*Biochimie médicale.*
C. LAGARDE	*Carcinologie.*
C. BÉRAUD	*Thérapeutique.*
H. LAZARINI	*Médecine légale et Médecine du travail.*
J. SOUMIREU-MOURAT	*Obstétrique.*
G. CABANIEU	*Médecine générale.*

MM.	
R. LE LOURD	*Pneumo-phtisiologie.*
L. COURAUD	*Chirurgie générale.*
J. BENTÉGEAT	*Hématologie.*
Cl. VRIGNAUD	*Physique pharmaceutique.*
P. SOURREIL	*Dermato-vénéréologie.*
L. ARNÉ	*Médecine générale et thérapeutique.*
Cl. MARTIN	*Pédiatrie.*
R. BAUTE	*Cryptogamie.*
V. DARGELOS	*Microbiologie.*
Mlle S. LARCEBAU	*Toxicologie.*
C. WONÉ	*Médecine générale et thérapeutique*

UNIV. LEIDEN BIBL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (suite) :

MM.	
J. JULIEN	*Médecine générale et thérapeutique.*
J.-J. BATTIN	*Pédiatrie.*
M. DALLOCCHIO	*Cardiologie et maladies vasculaires*
J. AUBERTIN	*Maladies infectieuses.*
P. VÉRIN	*Ophtalmologie.*
M. GOT	*Neuro-chirurgie.*
J. TAVERNIER	*Electroradiologie : diagnostic et thérapeutique.*

MM.	
J. VINCENT	*Physiologie et explorations fonctionnelles.*
L. CHEVAIS	*Anesthésiologie.*
G. GILLARDEAU	*Anesthésiologie.*
J. HONTON	*Orthopédie et traumatologie.*
M. BOMBART	*Orthopédie et traumatologie.*
A. HUGUES	*Cancérologie.*
M. SABATHIÉ	*Anesthésiologie.*

AGREGES EN EXERCICE :

MM.	
P. DARMAILLACQ	*Chirurgie générale.*
M. PORTMANN	*Oto-rhino-laryngologie.*
F. BALLANGER	*Urologie.*
P. BIRBIS	*Chirurgie générale.*
J.-P. CALAMEL	*Chirurgie générale.*
L. TEXIER	*Dermato-syphiligraphie.*

MM.	
H. POUYANNE	*Neuro-chirurgie.*
P. LOISEAU	*Neurologie et psychiatrie.*
R. GENESTE	*Orthopédie.*
F. FONTAN	*Chirurgie générale.*
J. LASSERRE	*Orthopédie.*

AGREGES LIBRES :

MM.	
G. FAUGÈRE	*Obstétrique.*
M. L'ÉPÉE	*Médecine légale.*

MM.	
H. CABANIÉ	*Anatomie.*
L. CORCELLE	*Ophtalmologie.*

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES :

MM.	
P. BONJEAN	*Anatomie.*
M. LAHOURCADE	*Parasitologie.*
M. SENTENAC	*Anatomie.*
G. DELMON	*Anatomie pathologique.*

MM.	
J. TRIBOULEY	*Immunologie, sérologie.*
F.-X. MICHELET	*Stomatologie.*
E. JOUZIER	*Chimie biologique (pharmacie).*
L. PINSON	*Oto-rhino-laryngologie.*

Le Conseiller administratif, Secrétaire de la Faculté : André ARGILAS.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT

PROFESSEUR J. REBOUL.

PROFESSEUR L. POUYANNE.

PROFESSEUR P. LE COULANT.

PROFESSEUR J. LENG-LEVY.

PROFESSEUR H. POUYANNE.

A NOS MAITRES DE L'INTERNAT

PROFESSEUR E. AUBERTIN.

PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET.

PROFESSEUR J. LENG-LEVY.

PROFESSEUR L. CHEVAIS.

PROFESSEUR H. POUYANNE.

PROFESSEUR M. BERGOUIGNAN.

PROFESSEUR M. BLANC.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur P. DELMAS-MARSALET,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales,
Médecin des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1914-1918,
Officier des Palmes académiques,
Médaille de vermeil du Service de Santé de la Marine.

Monsieur le Professeur M. BERGOUIGNAN,

Professeur de pathologie nerveuse et mentale
à titre personnel,
Médecin des hôpitaux,
Croix de guerre 1939-1945,
Officier des Palmes académiques.

Monsieur le Docteur J. JULIEN,

Maître de conférence agrégé
de médecine générale et thérapeutique,
Médecin des hôpitaux.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. BLANC,

Professeur sans chaire,

Médecin des hôpitaux,

Chef de service,

Directeur d'études de la section de psychopathologie (Institut de psychologie),

Chevalier des Palmes académiques.

Vous nous avez fait connaître la psychiatrie et vous nous avez permis de l'aimer.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

PAGES

INTRODUCTION 13

Chapitre premier.

RAPPEL HISTORIQUE 15

ETUDE DES DIFFERENTES ECHELLES 18

Classification 18

Selon la structure 19

a) Liste d'adjectif

b) Questionnaire d'auto-évaluation

c) Echelles à notation objective

d) Echelle mixte

Selon leur but 20

a) Echelles générales 20

Wittenborn
I.M.P.S.
B.P.R.S.
P.S.I.
P.E.I.
M.S.S.

b) Echelles spécifiques 25

Hamilton
Robert Cutler
Beck
B.H.P.T.
D.R.S.
D.A.C.L.
S.D.S.

c) Echelles pour malades chroniques . 28

Goodrich
Burdock et Hardesty
Bunney
Harris et Letemendia

d) Autres variétés 30

Venable
Zuckermann
Gottschalk
A.R.C.I.
Katz
Endicott
Foulds
Bordeleau

Les caractéristiques des R.S. 30

Par qui doivent-elles être administrées ? ... 32

Leurs limites et leurs possibilités 32

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE 36

Liste des échelles de comportement 41

Chapitre II.

TECHNIQUE UTILISEE 45

1° Résultat de l'échelle de Wittenborn 52

2° Résultat du B.P.R.S. 53

3° Résultat des trois autres tests 55

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE 81

LES ÉCHELLES DE COMPORTEMENT ET LEUR UTILISATION EN PSYCHIATRIE

INTRODUCTION

Je communique avec autrui par la signification de sa conduite.
Le comportement en soi n'existe pas.

MERLEAU-PONTY.

Les échelles de comportement ou Rating Scales (R.S.) représentent une technique d'examen psychologique ayant pour particularité d'explorer le comportement psychopathologique.

Elles sont peu connues des milieux psychiatriques français et ont trouvé leur plein développement aux U.S.A., pays de la systématisation et de la standardisation.

Nous nous proposons, après un bref rappel historique, situant la place des R.S. dans les applications pratiques de la psychologie, d'en faire une revue générale.

Au cours du premier chapitre, nous étudierons :

- Dans un premier paragraphe, les échelles selon leur structure et selon leur but.

- Dans un second paragraphe, nous verrons quelles exigences on doit leur demander pour être utilisables et quelles exigences elles ont pour être utilisées. En d'autres

termes, il s'agit de savoir quelles sont les qualités nécessaires et indispensables à toute échelle, et, d'autre part, de connaître les conditions et les techniques de leur utilisation.

— Le troisième paragraphe expose leur domaine d'application, et nous y soulèverons également un problème très actuel : celui du diagnostic en psychiatrie.

Le second chapitre est plus pratique et vise à comparer entre elles plusieurs échelles et à voir quelles utilisations elles peuvent avoir en milieu hospitalier

Chapitre premier

RAPPEL HISTORIQUE

Les tests psychologiques constituent un effort pour appliquer la méthodologie scientifique à l'étude et à la compréhension de l'homme. C'est vers la fin du siècle dernier qu'ils ont commencé à apparaître. En même temps que le déterminisme tendait à dominer les sciences biologiques et physiologiques, on notait un effort croissant pour sauvegarder un statut scientifique à l'esprit. Il devenait nécessité de démontrer que les processus psychologiques pouvaient être examinés dans le même cadre scientifique et général que celui utilisé par les sciences physiques; d'où l'introduction dans ces études de mesures psychophysiologiques, psychobiologiques, des mathématiques, des calculs de probabilité... Ainsi s'affirme la respectabilité de la nouvelle science de la mesure des processus mentaux, qui aboutit à la création en Allemagne par Wundt, en 1876, du premier laboratoire de psychologie. C'est Binet, en France, qui fabrique le premier test d'intelligence standardisé. Par la suite, les U.S.A., sous l'égide de Titchener et de Cattel, vont développer considérablement le champ d'application de ces explorations, mais surtout leur donnent une orientation sensiblement différente : en effet, si les Européens mesurent les sensations, perceptions, intelligence, mémoire, les Américains, avec leur mode de pensée beaucoup plus pragmatique, vont mesurer le comportement et créer des instruments d'application pratique.

Les échelles d'appréciation du comportement pathologique ou rating scales représentent les plus récentes élaborations des laboratoires de psychologie. Kaplan en fait une étude historique : elles sont nées du besoin d'objectiver l'observation clinique, de se libérer de tout ce qu'un entretien peut avoir de subjectif et de personnel. *A priori*, l'idée était séduisante et laissait penser aux premiers psychologues intéressés par le problème et l'on pourrait, à partir des données objectives ainsi obtenues, faire des études scientifiques sur les différents aspects du comportement.

Les premiers instruments étaient destinés à apprécier le comportement normal et à explorer les aptitudes militaires, scolaires ou professionnelles. Il s'agissait de tests à valeur plus négative que positive, car ils servaient à éliminer les sujets inaptes, à dépister les incapacités spécifiques ; ils ne donnaient que peu de renseignements utilisables pour les études de personnalité.

Dans un deuxième temps, ces questionnaires ont été appliqués au comportement anormal avec là aussi deux étapes :

1° Transposition pure et simple du normal au pathologique ;

2° Création d'échelles spécifiques pour tel ou tel état pathologique.

Voici donc créée une nouvelle technique : la « psychopathométrie », terme que nous proposons pour désigner l'ensemble des échelles de comportement. Pour celles réservées aux états dépressifs, c'est le mot de « dysthymométrie » qui nous semble le mieux convenir.

Le nombre d'échelles ainsi constituées s'avère impressionnant. Une revue certainement très incomplète de la littérature nous a permis d'en dénombrer plus de 80, dont une dizaine seulement datent d'avant 1940. Nous en donnons ici une liste complète avec leurs références (*cf.* en fin de chapitre).

Une analyse détaillée de chaque échelle serait fastidieuse : on peut dire qu'aucune d'entre elles ne s'est révélée satisfaisante, aucune n'a fait l'unanimité.

On en vient à se demander doù vient cette multiplicité ; pour la plupart d'entre elles, leur construction n'a été guidée par aucune théorie précise et ne fait pas appel à des notions universellement admises. Pour certaines, les items ont été choisis arbitrairement selon les symptômes que l'on s'attend à trouver dans telle affection. Pour d'autres, inversement, ce sont les traits mis en évidence dans les cas pathologiques rencontrés en clinique qui ont servi à construire les tests. Certaines n'explorent que le moment présent, ce qui est directement visible par l'observateur. D'autres ne portent que sur l'appréciation du sujet vis-à-vis de lui-même. D'autres sont un mélange de plusieurs échelles pré-existantes, etc.

Chacune est présentée par son auteur comme étant meilleure que les précédentes, mais, finalement, on se demande si elles ne sont pas simplement l'expression de la technique d'interrogatoire de celui qui l'a construite de sa propre mentalité : on pourrait décrire des échelles obsessionnelles (M.M.P.I. : 500 items ; le P.S.I. : 400 items ; le M.S.S : 248 items) qui essayent de passer minutieusement en revue les moindres détails du comportement. Inversement, certaines sont expéditives et prétendent donner une idée du malade en 10 ou 15 items (B.P.R.S., S.D.S.).

Chaque auteur a voulu explorer ce qui lui semblait important, les symptômes qu'il a l'habitude de rechercher : elle n'est ainsi et pratiquement valable que pour lui-même et les observateurs qu'il a formés. D'ailleurs, aux U.S.A., la plupart de ces échelles portent le nom de leur auteur ou le nom de l'hôpital où elles ont été élaborées. Bien peu portent le nom de ce qu'elles veulent mesurer.

ÉTUDE
DES DIFFÉRENTES ÉCHELLES

Nous allons essayer de voir succinctement les différentes variétés d'échelles : selon leur structure, selon le but qu'elles se proposent.

Volontairement, nous nous sommes limités à trois domaines privilégiés :

— Celles qui explorent la totalité du comportement pathologique ;

— Celles, plus spécifiques, qui ne visent que les états dépressifs ;

— Celles qui permettent de surveiller les malades chroniques.

Enfin, à part quelques exceptions, notre étude ne s'étendra que sur les échelles développées depuis 1960, date où est publiée la thèse de Bailly sur « L'utilisation des échelles de comportement en psychopharmacologie ».

CLASSIFICATION

Comme toute classification, celle que nous proposons ici est arbitraire et artificielle.

Nous aurions pu choisir celle de Bailly qui différencie les échelles :

— Selon la personne qui les fait passer : personnel qualifié ou non ;

— Selon qu'elles ont été construites par analyse factorielle ou non...

La classification peut aussi se faire :

— Selon que le résultat final est un profil ou une note globale ;

— Selon leur possibilité d'application à des malades ambulatoires ou seulement à des sujets hospitalisés.

Nous avons, ici, choisi de présenter les échelles de comportement :

1° En fonction de leur structure, car c'est la classification proposée par Pichot, bien qu'il ne parle là que des échelles dépressives.

2° En fonction de leur but, car il faut bien décider de ce que l'on veut étudier avant de choisir une échelle.

I. — Selon leur structure.

A) LISTES D'ADJECTIFS

Il s'agit de séries d'adjectifs explorant le comportement et choisis parmi ceux qu'un individu utilise pour décrire son état psychologique (déprimé, triste, morose, gai, sans volonté, abattu...). La notation se fait en marquant simplement absence ou présence. Dans d'autres cas, il existe plusieurs gradations de pas du tout, un peu... à extrêmement.

Ces échelles sont particulières à chaque pays ou groupes culturels ; on peut difficilement les traduire ou les adapter dans des pays de langue différente. (Echelle de Gough ; de Zuckermann ; échelles de Lubin...)

B) QUESTIONNAIRES D'AUTO-EVALUATION

Il s'agit de tests où en principe l'observateur n'a pas à intervenir et où le sujet ne peut pas être influencé. Il doit classer des propositions écrites en vrai ou faux répondre par oui ou non à des questions ou apprécier la gravité d'un symptôme présent. Ils demandent tous une certaine qualité de coopération du sujet, un certain niveau d'intelligence et de capacité de concentration.

Nous verrons plus loin que ces échelles sont peu utilisables en raison du manque d'objectivité du malade sur son propre cas. (Beck ; M.M.P.I. ; échelle de Zung.)

C) ECHELLES DE JUGEMENT A NOTATION OBJECTIVE

C'est l'observateur qui note lui-même le degré de gravité du comportement observé. Le résultat est obtenu après examen et interrogatoire du sujet dans le cadre clinique traditionnel au cours d'un entretien classique. Les points sur lesquels portent l'appréciation du clinicien sont en nombre variable (52 pour le Wittenborn, 18 au B.P.R.S., pour ne citer que les plus connus). Leur valeur est très différente selon qu'ils explorent les phénomènes directement observables (agitation, agressivité...) ou les phénomènes plus intimes découverts seulement en cours de dialogue (désorganisation de la pensée, hallucinations...).

Le mode de notation est variable, soit qu'il s'agisse simplement d'indiquer absence ou présence, soit de graduer l'intensité d'un symptôme présent. (Echelle de Hunt, Goodrich, B.P.R.S., etc.)

D) LES ECHELLES MIXTES

A deux volets, beaucoup plus rares, elles associent les deux variétés précédentes : une première partie est une échelle d'auto-évaluation, la deuxième partie est à notation objective.

L'échelle de Wechsler est la seule échelle de ce type à notre connaissance.

II. — **Selon le but qu'elles se proposent.**

A) ECHELLES GENERALES

Elles explorent la personnalité dans son ensemble ; ce sont les premières qui ont été fabriquées et les plus

connues. Elles tendent à passer en revue tous les aspects du comportement normal et pathologique pour ensuite, par analyse et regroupement des réponses selon des techniques spécialisées, classer le sujet dans les catégories préétablies.

La principale critique que l'on puisse faire concerne leur prétention à vouloir permettre de poser un diagnostic, en donnant le résultat sous forme de profil où chaque point porte le nom d'un syndrome de la pathologie mentale.

L'exemple le plus frappant est celui du M.M.P.I. composé par Hathaway en 1942 : il comprend 500 propositions écrites à classer en vrai, faux ou je ne sais pas. Le dépouillement permet de répartir les réponses en huit échelles pathologiques portant des dénominations de la psychiatrie classique.

Palem, dans un article publié en 1966, en fait une critique assez virulente : après avoir étudié les corrélations entre le diagnostic clinique et le diagnostic par le test, il fait une analyse des principales échelles. Il arrive à la conclusion que, même s'il y a un certain accord entre les deux, le test à lui seul ne peut suffire. Aucune échelle n'est nosologique, en particulier les échelle paranoïa, schizophrénie et psychasthénie : les items de l'échelle Pa donnent un tableau de paranoïaque plus proche de la paranoïa sensitive que des persécutés revendicateurs les plus fréquents. L'échelle Sc a été validée sur un groupe très hétérogène de malades : depuis les états schizophréniques typiques aux formes psychonévrotiques, ce qui explique la fréquence de ce diagnostic et la multiplicité des tableaux cliniques qu'il recouvre. L'échelle Pt est la plus valable, car les items y sont presque tous spécifiques de la psychasthénie selon Janet. Mais on en retrouve un certain nombre dans l'échelle Sc, ce qui explique les corrélations entre ces deux échelles.

Au total, le M.M.P.I. nous dit très peu de choses du normal ; de l'anormal, il nous dit trop.

« Peu utilisable en pratique pour le diagnostic psychiatrique dans sa forme actuelle, il ne semble tester le plus souvent que l'attitude du sujet à l'égard de l'épreuve et de nous-même... De plus, le M.M.P.I. est néfaste, car il donne l'illusion à des psychologues sans expérience de faire de la psychiatrie à bon marché » (Palem).

D'autres échelles ont été fabriquées pour apprécier dans leur totalité et avec plus ou moins de précision les symptômes pathologiques que peut présenter un malade quelconque :

— I.M.P.S. (1954).
— Wittenborn (1950).
— B.P.R.S. (1962).
— P.S.I. (1964).
— P.E.I. (1964).
— M.S.S. (1965).

• *Echelle de Wittenborn,* fabriquée en 1950, à partir d'un très grand nombre de traits relevés chez des malades et résumés en 52 propositions cherchant à décrire la totalité des comportements pathologiques. Les réponses et les résultats chiffrés sont répartis en 9 colonnes correspondant aux 9 facteurs isolés par analyse factorielle et portant chacun le nom d'un syndrome psychiatrique.

Cette échelle a une valeur certaine pour apprécier l'importance relative de différents symptômes pathologiques et leur évolution dans le cours de la maladie. Elle a le tort, comme le M.M.P.I., de porter des noms de syndromes et de laisser l'illusion de porter un diagnostic. Aucun travail, à notre connaissance, n'a été fait pour établir une correspondance entre les profils obtenus et les diagnostics cliniques.

• *I.M.P.S.* — Impatient multidimensional psychiatric rating scale : elle a été fabriquée par Lorr en 1953. Il en existe deux formes : l'une pour malades externes et l'autre pour malades hospitalisés ; celle-ci est composée de 89 symptômes portant sur les traits de la personnalité et sur le comportement. Elle explore tout l'éventail des symptômes pathologiques qui sont notés selon une échelle à 9,5 ou 2 points selon les items. Les résultats sont transcrits en profil caractéristique de chaque sujet.

• *Le B.P.R.S.*, ou brief psychiatric rating scale, date de 1962. Construit par Overall par analyse factorielle à partir d'un très grand nombre d'items, il a été conçu pour permettre une appréciation rapide, spécialement adaptée pour suivre les évolutions d'un état pathologique sous traitement. Il est constitué de 18 items notés en 7 degrés de gravité. Il explore la symptomatologie mise en évidence au cours de l'interrogatoire et ne portant que sur l'instant. Il est rapide, efficace, économique. Les résultats portés sur un graphique donnent le profil caractéristique de chaque sujet.

Cette échelle traduite en français par Pichot est actuellement de plus en plus utilisée. Elle a servi notamment à une étude de stéréotypes diagnostiques faite parallèlement en France par Pichot et aux U.S.A. par Overall et qui a permis d'établir les profils types des différentes catégories nosographiques.

Overall vient récemment de modifier la formule du B.P.R.S. qu'il ne considère que comme une première approximation : c'est le F.C.R.S. (factor construct rating scale) qui réunit dans une nomenclature descriptive minimale l'essentiel de ce qui permet de différencier ou de comparer les malades entre eux. Elle comprend 17 items, notés selon 7 degrés de gravité. Son principe d'utilisation et de notation par profil est le même que pour le B.P.R.S

• *Le P.S.I.*, ou présent state interview, a été construit par Wing en 1964, mais a été remanié de nombreuses fois :

en 1967 a paru une septième édition. Il représente une technique destinée à structurer un interrogatoire clinique de façon assez systématique pour ne laisser de côté aucun aspect de la pathologie mentale. Il n'explore que l'état actuel et en particulier il ne fait pas du tout intervenir l'histoire du malade.

Il est constitué de 400 items partagés en trois sections :

1° Symptômes non psychotiques ;

2° Symptômes psychotiques ;

3° Constatations en cours d'interrogatoire.

La passation est un peu longue et nécessite au moins une heure à une heure et demie d'entretien. Mais c'est une technique de diagnostic qui semble avoir une très bonne corrélation avec la clinique, tout au moins en utilisant la nosographie utilisée en Angleterre où ce test a été étalonné.

• *Le P.E.I.*, ou Psychiatric evaluation Index, a été établi en 1964 par Weiss aux U.S.A. Sa construction s'est faite empiriquement à partir de symptômes présents chez 600 malades. Ces symptômes ont été classés en deux chapitres ; selon leur nature : affectivité, humeur... (7 groupes) ; selon leur point d'impact : santé physique, mentale, socialisation... (5 groupes), dont les combinaisons aboutissent à 35 possibilités de classification.

Le choix des items s'est fait sans relation avec les classifications psychiatriques déjà connues. Il ne s'agit pas d'un instrument à visée diagnostique, mais il est destiné à apprécier l'évolution sous psychothérapie et doit permettre en principe de savoir si le changement de comportement est en rapport avec elle ou non.

• *Le M.S.S.*, ou Mental Status Schedule, date de 1965 et a été construit par Spitzer. Il s'agit d'une liste de 218 items représentant une série de symptômes dont il faut simplement noter la présence ou l'absence. Elle

constitue une sorte de feuille d'observation standardisée. Il a été fait secondairement un essai de regroupement des items en six sous-groupes, sans valeur diagnostique.

B) LES ECHELLES SPECIFIQUES

Elles visent à étudier plus particulièrement telle ou telle variété de maladies mentales.

Il est un domaine qui a été plus particulièrement privilégié, peut-être dans la mesure où il touche à toute la pathologie mentale : c'est celui des états dépressifs.

Deux objectifs principaux suivant les auteurs :

1° Apprécier le degré de gravité ;

2° Essayer de définir des types de réponses ou de profils permettant de classer l'état dépressif dans tel secteur de la nosographie : dépression endogène, exogène...

• *Hamilton* est la première de ces échelles. Elle a été construite en 1960. Constituée de 17 variables, la notation se fait de 0 à 4 selon les degrés de gravité. Ces 17 variables ont été soumises à l'analyse factorielle, ce qui a permis d'en extraire quatre facteurs baptisés par l'auteur :

1° Dépression stuporeuse ;

2° Dépression agitée ;

3° Dépression réactionnelle.

Quant au quatrième facteur, il ne correspond à rien de bien précis et n'a pas reçu d'appellation particulière.

Les quatre tableaux ainsi obtenus n'ont rien de nosographique *a priori*. Les noms leur ont été donnés simplement par comparaison avec la clinique ; ils sont simplement le résultat d'une analyse factorielle.

Cette échelle est la première à essayer d'approfondir le syndrome dépressif et c'est là son mérite ; mais, outre qu'on ne sait pas ce qui a guidé l'auteur dans le choix

de ses items, les résultats n'ont aucune concordance avec la clinique. Perdant en partie sa destination première, qui était de mesurer la sévérité d'un syndrome dépressif, elle a été secondairement utilisée pour dépister chez les malades de médecine générale une symptomatologie dépressive.

Et l'auteur de conclure que, chez tous les malades de médecine générale, il existe une symptomatologie dépressive !

• *Robert Cutler,* en 1961, construit une échelle destinée aux états dépressifs et qu'il décrit comme simple, courte, valide et facile. Elle est constituée de 27 items, à noter simplement selon la présence et l'absence et explorant d'une part le contenu de la pensée et d'autre part les troubles du comportement.

• *L'inventaire de dépression de Beck,* publié en 1961, est le premier utilisant la technique d'auto-estimation. Il est constitué de 21 items choisis parmi les manifestations évidentes des dépressions et non en fonction de telle ou telle école. La notation va de 0 à 3 : de l'absence à l'extrême gravité.

C'est le malade lui-même qui désigne les items lui convenant le mieux. Ceci ne fait pas intervenir les opinions personnelles de l'examinateur. Mais il n'explore que l'état actuel du malade et non sa personnalité. Il a pour avantage essentiel de pouvoir être administré par un non-psychiatre. Les résultats se présentent sous forme d'une note globale de 0 à 63 et les études de l'auteur ont montré que la note moyenne au cours des dépressions graves est de 30. Les résultats chiffrés permettent facilement des comparaisons entre malades et surtout entre différents stades d'évolution. Il est surtout utilisé comme test d'efficacité thérapeutique.

• *Le B.H.P.T.,* ou British Hospital Progress test, a été construit par Kanters en 1961. Destiné à mesurer la

gravité des états dépressifs en début de maladie et à évaluer les changements. Cinquante-deux cartes à classer. Le résultat se fait sous forme chiffrée. Il existe une bonne corrélation entre test et clinique et il s'est révélé utile surtout en recherche psychopharmaceutique.

• *La D.R.S.*, ou Depression Rating Scale de Wechsler, paraît en 1963. Elle se présente comme une synthèse de l'échelle d'Hamilton et du questionnaire de Beck, en ce sens qu'elle est constituée de deux parties : dans un premier temps, elle explore les appréciations du malade concernant son état, c'est un questionnaire d'auto-évaluation ; dans la deuxième partie, sont notées les observations de l'examinateur. Les 28 items ont été choisis parmi ceux généralement acceptés comme manifestations de la dépression. Le résultat est une note entre 28 et 131, où le niveau de séparation entre déprimé et non-déprimé se situe aux alentours de 70.

• *La D.A.C.L.*, ou depression adjectiv checklist, est développée en 1965 par Lubin pour mesurer les manifestations dépressives réactionnelles. Construite à partir de 171 adjectifs, dont 128 seulement ont été retenus comme significatifs pour une population féminine. Ils ont été répartis en quatre listes comportant chacune 32 adjectifs dont 22 d'aspect positif et 10 d'aspect négatif. Un travail semblable pour une population masculine n'a relevé que 108 adjectifs significatifs qui ont été répartis en trois listes (22 adjectifs positifs, 12 négatifs).

• *La S.D.S.*, ou selfrating depression scale, paraît en 1965, construite par Zung. Elle se veut courte et rapide, remplie par le malade lui-même ; elle est composée de 20 questions à noter en quatre degrés de gravité. Elle explore surtout l'humeur, l'état thymique actuel. Elle présente un inconvénient assez curieux, que nous avons constaté nous-mêmes : c'est que certains malades, les déprimés graves, sont incapables de la remplir et que,

paradoxalement, cette échelle, destinée à enregistrer les états dépressifs, ne peut pas servir aux plus graves d'entre eux.

Une échelle dérivée de la S.D.S. a été construite par Humphray en 1967. Il a établi sur le même modèle une échelle dite fonctionnelle : fonctional Enquiry, explorant les activités du malade au point de vue professionnel, familial et social. Cette échelle, pour la discrimination dans la gravité des états dépressifs, est moins bonne que l'échelle de Zung.

Dans un deuxième temps, il a construit une échelle mixte empruntant des éléments aux deux précédentes. Cette échelle a paru à son auteur avoir une bonne corrélation avec la clinique ; mais son application semble se limiter au domaine des dépressions névrotiques.

• *Le S.D.I.*, ou Self rating depression inventory, est un des plus récents parmi les échelles spécifiques des états dépressifs. Il est de Hunt et a été publié en 1966.

Composé de 101 items, séparés en 19 paragraphes qui ont été choisis d'après les manifestations dépressives considérées dans la littérature psychiatrique comme les plus importantes. Le malade doit classer les réponses ; le dépouillement et l'analyse se font par machine I.B.M.

Il est un instrument de surveillance très sensible dont l'utilisation semble plus particulièrement indiquée pour les malades ambulatoires.

C) ECHELLES POUR MALADES CHRONIQUES

Ce sont les plus anciennes et les plus nombreuses. Elles sont conçues pour les malades d'hôpital psychiatrique où ils restent souvent pendant plusieurs années Elles explorent la totalité de la symptomatologie psychiatrique ; certaines sont spécifiquement destinées à la surveillance des schizophrènes.

• *L'échelle de Goodrich,* construite en 1953, présente 28 items groupés en cinq paragraphes :

— Conditions physiques : 4 items.
— Fonctions cognitives : 6 items.
- Comportement : 7 items.
— Etat émotionnel : 5 items.
— Contenu de la pensée : 6 items.

La notation se fait de 1 (le plus anormal) à 4 (le plus normal). L'intérêt de cette échelle réside dans le fait qu'elle passe en revue la presque totalité de la pathologie mentale de façon plus quantitative que qualitative.

Elle est l'échelle type à utilisation psychopharmacologique car, outre le chiffre global qu'elle donne, elle permet une étude de chaque secteur et de l'action élective de telle thérapeutique sur tel symptôme.

• *L'échelle de Burdock et Hardesty* date de 1960. Elle est composée de 150 items destinés à mesurer la sévérité de la maladie et à servir de point de repère dans la surveillance thérapeutique pour les malades chroniques. Elle porte surtout sur le comportement et l'adaptation à la vie quotidienne de l'hôpital.

• *L'échelle de Bunney* a été fabriquée en 1963. Elle est composée de 24 items dont l'importance est notée dans une échelle à 15 points ; 6 paragraphes : dépression, colère, anxiété, comportement psychotique, troubles somatiques, démarche. Elle est à remplir par le personnel infirmier en partant du principe que les meilleures appréciations viennent de ceux qui vivent le plus avec les malades. C'est une technique de surveillance et d'appréciation du comportement portant sur une observation systématique et continue durant vingt-quatre heures.

• *L'échelle de Harris et Letemendia* a été fabriquée en 1967. Composée de 18 items, dont 9 portent sur l'examen

psychiatrique classique, 6 portent sur l'information phénoménologique, 3 portent sur le comportement.

Elle n'est pas strictement limitée aux schizophrènes et associe dans un même test l'appréciation des psychiatres et du personnel soignant. Elle est plus destinée à apprécier les changements dans l'état pathologique que les degrés de gravité.

D) AUTRES VARIETES

Il existe en dehors des trois catégories que nous venons de voir des échelles d'utilisation plus spécialisée que nous passerons simplement en revue :

— Venable (1959), échelle pour les schizophrènes paranoïdes.

— Zuckermann (1960), liste d'adjectifs pour mesurer l'anxiété.

— Gottschalk (1961), échelle d'hostilité.

— A.R.C.I. (1966), sert à étudier les modifications du comportement en psychopharmacologie expérimentale.

— Katz (1963), échelle d'adaptation sociale et de comportement en vie communautaire.

— Endicott (1963), échelle de préoccupation somatique.

— Foulds (1969), échelle pour apprécier les délires.

— Bordeleau, échelle pour apprécier les syndromes extrapyramidaux iatrogènes.

LES CARACTÉRISTIQUES DES R.S.

Pour être utilisables pratiquement, les échelles de comportement doivent avoir trois qualités métrologiques essentielles : validité, fidélité, sensibilité.

• *Validité :* c'est, comme le dit Pichot, la qualité métrologique qui fait qu'un instrument mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer. Et, pour commencer, il

faudra définir ce qu'il veut mesurer exactement et s'y tenir : c'est ainsi que le M.M.P.I., qui explore le champ de la personnalité dans ce qu'elle a de permanent, ne peut pas être utilisé pour étudier l'état actuel, les phénomènes réactionnels (nous pensons ici à l'échelle dépressive).

Les mesures de validité d'un test se font généralement par comparaison avec les appréciations cliniques selon la gravité des manifestations.

• *Fidélité :* il s'agit pour un test de donner le même résultat quand il a été administré par deux observateurs successifs ou par deux observateurs simultanément. La technique la plus utilisée est celle qui consiste à faire assister à un entretien psychiatrique habituel deux ou plusieurs observateurs, qui remplissent de façon indépendante la feuille des résultats.

Si, lors de l'expérimentation clinique d'une échelle nouvellement créée, il est indispensable de procéder à de telles vérifications, il s'est avéré par la suite que, pratiquement, l'habileté et l'expérience d'un observateur entraîné remplace ce double contrôle (Overall).

• *La sensibilité :* c'est à cette qualité que les R.S. doivent l'essentiel de leur valeur pratique : la surveillance des malades et leur évolution sous traitement.

Elles doivent être capables d'évaluer les modifications d'un jour, d'une semaine ou d'un mois à l'autre. Elles doivent permettre de faire une discrimination fine et précise entre deux malades de gravité peu différente ou entre deux stades évolutifs d'un même sujet.

D'autres qualités peuvent être recherchées, mais elles dépendent alors du but précis poursuivi par le test et ne sont pas indispensables à tous : c'est ainsi que la simplicité est requise pour les échelles d'auto-estimation qui sont à remplir par le malade lui-même. La rapidité sera surtout réservée aux échelles spécifiques des états dépressifs où il est souvent difficile de demander une attention suivie.

PAR QUI DOIVENT-ELLES ÊTRE ADMINISTRÉES ?

Tout dépend de leur structure et de leur intention. Les unes demandent une connaissance, une solide pratique de la psychiatrie, de l'examen clinique et de l'entretien avec le malade : celles-ci ne pourront être utilisées que par des psychiatres, c'est le cas du P.S.I. de Wing et du P.E.I. de Weiss.

D'autres plus simples ou faisant moins appel à des interprétations d'ordre psychopathologique peuvent être remplies par le psychologue. Mais il faut être très au clair soi-même sur ce que l'on demande à l'échelle d'appréciation clinique avant d'en confier l'utilisation au psychologue. Il est tentant, grâce à ces instruments au maniement relativement facile, standardisé, presque automatique, d'en faire l'essentiel de l'entretien psychiatrique. De là à dire que, avec certaines échelles, on porte plus facilement le diagnostic que par l'interrogatoire du malade, le pas a été franchi, et on peut faire de la psychiatrie rapide et facile avec le M.M.P.I. ou le Wittenborn.

Les échelles d'auto-estimation, en principe, ne nécessitent aucun personnel qualifié, mais une simple surveillance ; encore est-il qu'il faut être capable de guider le sujet ou de lui donner quelques éclaircissements.

Enfin, certaines échelles, en particulier celles qui sont destinées à suivre les malades chroniques, peuvent être très facilement remplies par le personnel soignant : elles apprécient les diverses modalités d'adaptation à la vie asilaire et très accessoirement l'évolution des symptômes proprement psychiatriques.

LEURS LIMITES ET LEURS POSSIBILITES

Il existe pratiquement des échelles de comportement pour tous les domaines de la personnalité normale ou pathologique ; et sans remonter jusqu'à la première moitié

du siècle où ces travaux n'en étaient qu'à leurs premiers tâtonnements, nous pouvons citer le M.M.P.I. qui, étalonné d'abord à partir de sujets normaux, a été ensuite étudié aux sujets pathologiques aussi bien névrosés que psychotiques : le résultat, nous l'avons vu, est qu'il n'est finalement utilisable pour personne.

Les échelles d'appréciation doivent par définition mesurer le comportement pathologique. C'est là qu'apparaissent les difficultés et personne ne peut trancher la question de savoir à partir de quand et de quoi on peut parler de comportement pathologique ou de comportement normal. Si c'est le test qui fait la discrimination, faudra-t-il le faire passer à tout le monde ?

Un autre écueil est que ces échelles ne visent le comportement que dans les circonstances très particulières du test. C'est une espèce d'épreuve de laboratoire, à déroulement standard, qui élimine toutes les données non prévues dans les directives. Et il arrive que, ne donnant pas une idée globale du sujet, mais seulement une facette de son comportement, elles puissent passer à côté de manifestations pathologiques et déclarer normal quelqu'un qui ne l'est manifestement pas. Ceci découle aussi du fait que les symptômes explorés ne dépendent pas tellement d'un jugement qualitatif de la part de l'observateur, mais plutôt d'une appréciation quantitative : absence-présence.

On s'explique alors que dans le domaine des névroses, où c'est une qualité de relation, le côté dynamique de la personnalité et du comportement qu'il faut apprécier, les R.S., n'ont eu que peu d'applications pratiques : elles n'ont pas assez de souplesse et de possibilités d'adaptation.

Dans les psychoses, par contre, où les symptômes ont de la valeur par leur simple présence, il est plus admissible, plus concevable de chiffrer les comportements, de les représenter sous forme de graphiques. On rejoint le domaine de la médecine organique avec ses dosages

chimiques ; c'est le domaine de l'incompréhensible, de l'inexplicable mais du dosable, et l'on pourrait dire que la pensée du médecin y devient aussi « géométrique et volumétrique » que celle du malade. C'est dans les psychoses que les échelles de comportement se sont révélées utilisables et pratiquement utilisées. Aucune n'est satisfaisante pour l'étude du comportement névrotique.

Il reste un point à préciser : dans le domaine des psychoses, quel peut être le rôle des R.S. ?

La première que nous étudierons plus en détail est l'utilisation à des fins diagnostiques. Nous y reviendrons. Une seule nous paraît intéressante à ce point de vue, c'est le B.P.R.S., grâce aux travaux de Pichot. Les autres ne peuvent nous apporter qu'une valeur d'orientation ou de présomption, mais aucune certitude (si tant est que le B.P.R.S. puisse nous en donner !).

Deuxième utilisation : celle qui consiste à établir pour les malades une sorte de bilan initial, de fiche signalétique, qui servira de point de référence, de comparaison soit dans le cours de son évolution, soit lors des hospitalisations suivantes, ou même par rapport à d'autres malades.

Surveillance précise de l'évolution d'un malade : l'échelle sera alors choisie en fonction de points particuliers à surveiller ou en fonction du malade lui-même ; elle sera différente selon qu'il s'agit d'un malade chronique dont les changements sont progressifs et lents, ou d'un malade plus aigu dont l'évolution peut se faire sentir d'un jour à l'autre.

Le dernier point qui prend actuellement beaucoup d'extension concerne l'utilisation des R.S. en psychopharmacologie. Devant la multiplication des médications psychotropes, quels sont les critères permettant de définir l'efficacité de telle ou telle drogue ?

Nous avons relevé les publications de psychopharmacologie parues durant ces trois dernières années dans les

Annales médico-psychologiques. Quatre-vingt-quatre articles rapportant l'expérimentation clinique de divers produits, leurs indications précises, leur efficacité : celle-ci est jugée selon les critères cliniques et subjectifs habituels ; résultats :

Nul	0
Moyen	+
Assez bon	++
Bon	+++
Très bon	++++

Il convient de parler ici des réflexions désabusées de Crépin sur la littérature chimiothérapique : parmi les innombrables publications d'essais thérapeutiques, ni le nombre de malades, ni la durée de l'expérimentation, ni les techniques d'administration du traitement (placebo, double aveugle), ne sont rigoureux ni justifiés.

Quant aux techniques d'appréciation et d'utilisation des résultats, elles sont terriblement subjectives.

Sur les 84 expérimentations que nous avons lues, 11 seulement essayent d'objectiver les résultats thérapeutiques — soit comme Kammerer, en exploitant les données par les méthodes de traitement automatique de l'information, mais sans utiliser d'échelle de comportement — soit en utilisant des échelles. Sur les 6 publications utilisant cette technique, 3 (Sutter, Sivadon, Martin) parlent de fiche de comportement, de questionnaire quotidien à remplir par le personnel, mais ne disent pas de quel questionnaire il s'agit et n'en donnent pas les résultats ; 3 utilisent le Wittenborn comme test d'efficacité thérapeutique et en donnent les résultats (Soulairac et Bourgeois).

C'est assez dire combien les échelles de comportement sont peu connues en France et peu utilisées malgré les possibilités qu'elles offrent d'obtenir, dans une certaine mesure, l'objectivation des résultats, leur chiffrage, leur courbe d'évolution sous forme d'un graphique et peut-être secondairement une étude statistique des indications médicamenteuses.

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

Nous soulevons ici ce problème, bien qu'il reste très à l'arrière-plan de notre étude. Mais, si nous en parlons, c'est pour essayer de couper court à un malentendu persistant qui laisse croire à beaucoup de personnes que les échelles de comportement permettent de poser un diagnostic.

Elles pourront peut-être nous aider à résoudre ce problème, nous verrons dans quelle mesure, mais nous y aider seulement ; car elles ne peuvent pas, telles qu'elles sont conçues, remplacer l'examen, l'entretien et le diagnostic cliniques.

Il ne peut pas être question de porter un diagnostic sur le simple examen d'un profil ou d'une note !

Le problème de la nosologie psychiatrique peut se poser très simplement de la façon suivante :

Que recouvre exactement un diagnostic, et la signification qui s'y trouve attachée est-elle la même pour tous ?

Il s'agit de s'entendre avant de se comprendre.

On pourrait penser que, dans un même pays ou dans un ensemble de même culture psychiatrique, la question du diagnostic des maladies mentales ne soulève aucun problème particulier. Or, voici l'expérience faite par Sandifer & Pettus aux U.S.A. : 10 médecins posent de façon individuelle le diagnostic de 90 malades lors de leur première admission en service psychiatrique et en utilisant les 12 catégories standards du *Manuel Américain de Psychiatrie*. Le résultat est le suivant :

— Concordance parfaite ou excellente : un tiers des cas.

— Concordance bonne (diagnostic majoritaire) : un tiers des cas.

— Variation importante (mauvaise concordance) : un tiers des cas.

La probabilité pour que, un premier diagnostic étant posé, un second psychiatre pose le même est de 57 % : pourcentage trop faible pour que l'on puisse accorder une valeur universelle au diagnostic posé cliniquement. Cette variation considérable baisse légèrement si on groupe les catégories diagnostiques. Le même esprit a inspiré les travaux de Pichot, dont les résultats sont sensiblement les mêmes.

Kreitmann, dans une étude publiée en 1961, passe en revue les différentes variables responsables de ces divergences.

— L'école psychiatrique d'où est issu l'examinateur donne une orientation particulière à son interrogatoire et à son diagnostic.

— L'entretien clinique lui-même, selon les circonstances dans lesquelles il se déroule, va conditionner certaines attitudes et certaines réponses du malade.

— La nomenclature varie aussi selon que l'on utilise le diagnostic standard en usage dans chaque pays ou bien que chacun utilise sa terminologie personnelle qui n'est valable que pour lui.

— Les malades ne se présentent pas de la même façon à deux examens successifs ou à des examinateurs différents.

— Le psychiatre enfin, selon sa qualité professionnelle, son humeur du moment, ne suscite pas les mêmes réponses, la même attitude, peut fausser ou induire un diagnostic.

Pour essayer de résoudre ces difficultés, de nombreux efforts ont été faits, surtout depuis deux ans. En 1966, P. Abely pose le problème à la Société médico-psychologique : « Le moment est-il venu de réviser la nosologie psychiatrique ? »

Il expose les divergences entre : *Psychanalystes,* dont la terminologie est personnelle en matière de névrose et

qui n'acceptent la nosologie classique des psychoses que dans la mesure où elles échappent à leur technique. *Psychopathologues*, qui insistent sur la psychogenèse des maladies. *La nouvelle génération* et son espèce d'athéisme psychiatrique auquel s'ajoute une frénésie pharmacologique avec diagnostic post-thérapeutique approximatif.

Les difficultés de classification se retrouvent au cours de l'Histoire de la Psychiatrie avec la multiplicité des modèles proposés. Modèles qui reflètent non la réalité psychiatrique clinique, ainsi que le dit Ellenberger, mais les illusions et les motivations inconscientes de celui qui a fait la classification : illusion pragmatique qui classe en vue d'une utilité pratique ; illusion idéaliste qui fait abstraction des faits à classer ; projection des schémas intellectuels linguistiques, sociocentriques ou des théories contemporaines.

La tendance actuelle est d'éviter la nosographie, de ne pas considérer comme essentiel de mettre un nom sur le malade en oubliant le malade. « Entre cliniciens et patients, la nosographie fait un écran, elle force le malade à être ce qu'on a dit qu'il était. Le clinicien nosographe maintient le déviant dans sa déviance » (Hochmann). Sans caricaturer à ce point les effets d'une systématisation trop stricte, il est certain que donner un diagnostic c'est fixer un malade, et, même s'il change, l'étiquette lui restera. Mais si on se refuse à donner un nom à une maladie, il devient difficile de se comprendre et de communiquer ses expériences à d'autres. La nosographie est appelée actuellement à jouer le rôle de moyen de communication. Elle n'a d'autres buts que de diriger les recherches séméiologiques vers des méthodes d'investigation de plus en plus précises, en évitant, comme le dit Pichot, des « confusions de vocabulaire aussi riches que contradictoires ». « Il faut bien se résoudre en fin de compte à ce que la Psychiatrie demeure une science nomothétique et non pas idéographique. Tout en sachant

que certaines techniques thérapeutiques gauchissent certains concepts nosographiques » (Blanc & Bourgeois).

Deux possibilités se dégagent de ces travaux actuels : la première vise à établir une nosographie correspondant aux réalités cliniques et à leur complexité. Ceci ne peut être qu'un travail lent et progressif, modifié au fur et à mesure des découvertes psychanalytiques, psychopathologiques, physiologiques et pharmacologiques successives ou simultanées. Il s'agit là d'une évolution permanente et sans cesse remaniée, éventuellement variable selon les pays et les écoles. Le deuxième effort devrait tendre à donner une classification internationale, plus rigide et plus technique que la première, mais qui permettrait les échanges et surtout les études pharmacologiques avec possibilité de compréhension d'une école, d'un pays à l'autre.

En résumé, il s'agirait de fabriquer deux classifications : l'une grossière, valable ou tout au moins admise par tout le monde, l'autre plus fine, variable en fonction des différentes pathologies mentales, plus nuancée et plus près de la réalité pratique, plus difficilement communicable.

C'est dans le domaine de la classification internationale que les progrès les plus nets ont été faits et ceci grâce aux échelles de comportement. Ce travail a été réalisé en France par Pichot, aux U.S.A. par Overall à partir du B.P.R.S. : il tend à uniformiser la classification syndromique dans le domaine des psychoses fonctionnelles. Ils ont établi parallèlement les profils types de 12 stéréotypes diagnostiques français et de 13 stéréotypes américains. Les résultats ont permis de construire un dictionnaire franco-américain par comparaison des profils et d'établir les concordances entre les différents diagnostics des deux pays.

Un travail semblable se fait actuellement avec les pays voisins de la France, afin de pouvoir uniformiser les

concepts nosographiques européens. On a ainsi un espoir, non pas de définir de façon stricte chaque maladie mentale, mais d'établir un système de référence qui, pour finir, n'a pas grand-chose à voir avec le tableau clinique, mais représente un modèle d'échantillonnage auquel pouvoir comparer nos propres « échantillons ».

Il est permis de penser que, désormais, deux psychiatres employant le mot de « schizophrénie » auront au moins un terrain d'entente : la référence au profil type de B.P.R.S.

LISTE DES ÉCHELLES DE COMPORTEMENT

1894 Cattel, Premier questionnaire systématique.
1915 Kempf, *Phipp Psychiatric clinic behavior chart.*
1922 Plant, *Rating Sheme for conduct.*
1922 Rowell.
1933 Echelle de Moore.
1933 Wilcox, Feuille de comportement.
1940 Jaspers, Questionnaire de dépression.
1941 Wittmann, *Elgin prognostic scale.*
1942 Wilcox, *Gardner Behavior Chart.*
1942 Hathaway, M.M.P.I.
1944 Cohen & Malmo, *Norwich R.S.*
1946 Hildreth, Batteries de tests à usage clinique.
1947 Malamud & Sands, *Psychiatric R.S.*
1947 Peters, *Check list.*
1948 Wittmann, Echelle de comportement psychotique.
1949 Abt, Guide clinique d'interrogatoire.
1950 Saslow, 12 échelles pour troubles psychosomatiques.
1950 Echelle de Jones.
1950 Echelle de Wittenborn.
1951 Lucero & Meyer, Echelle de Fergus-Fall.
1951 Lorr, *Northport record.*
1951 Rowell, Méthode objective pour apprécier l'état mental.
1951 Scherer, Echelle d'activité.
1952 Ferguson, Echelle d'adaptation à l'hôpital.
1952 Conrad, *Pattern for living.*
1953 Barron, Echelle d'appréciation de la force du Moi.
1953 Taylor, Echelle d'anxiété.
1953 Goodrich, Appréciation de la sévérité des symptômes psychotiques.
1954 Lorr, Liste d'appréciation de psychopathologie.
1954 Moorse, Appréciation de la psychothérapie.
1954 Echelle de Cook et Medley.
1955 Schatin & Freed, *Albany behavior R.S.*

1956 Bass, L'inventaire de personnalité.

1957 Gough, Inventaire psychologique.

1957 Venable, Echelle d'activité chez les schizophrènes.

1958 Lehmans, Echelle de dépression.

1958 Eysenk, *Maudsley personnality inventory.*

1958 Hamburg & Salskin, Classification et appréciation des émotions.

1958 Blecoett, *Weyburn Assessment scale.*

1959 Jenkins, Echelle pour malades psychotiques.

1959 Venable & Conord, Echelle pour schizophrènes paranoïdes.

1960 Hamilton, Echelle de dépression.

1960 Wessmann, Echelle pour apprécier les variations de l'humeur.

1960 Burdock, Echelle de comportement des malades hospitalisés.

1960 Gough, Liste d'adjectifs pour apprécier la personnalité.

1960 Foulds & Caine, Echelle de dépression.

1960 Zuckermann, Liste d'adjectifs pour l'anxiété.

1960 Dunnette, Liste d'adjectifs pour apprécier le comportement.

1961 Gottschalk, Echelle d'hostilité.

1961 Hoffer & Osmond, Technique de diagnostic psychiatrique.

1961 Wing, Echelle pour schizophrènes chroniques.

1961 Beck, Inventaire de dépression.

1961 *Clyde Mood Scale.*

1961 Echelle de Grinker.

1961 Kanter & Sandler, *British Hospital Progress test.*

1961 Cole, Echelle de dépression.

1961 Cutler & Kurland, Quantification des réactions dépressives.

1962 Lorr, I.M.P.S.

1962 *Sprin grove psychiatric R.S.*

1962 Overall, B.P.R.S.

1962 Marjerrisson, Méthode de recherche psychiatrique.

1963 Bunney & Hamburg, Liste d'appréciation individuelle de l'humeur et du comportement.

1963 Chapple & Chamberlain, Mesure de l'activité des schizophrènes.

1963 Gleser, Liste d'adjectifs pour apprécier les sentiments.

1963 Katz, Méthode d'appréciation du comportement en vie communautaire.

1963 Endicott, Mesure des préoccupations somatiques.

1963 Wechsler, D.R.S.

1963 Kiloh & Garside,

1963 Campbel & Martin, Echelle de Saint-Vincent.

1964 Glueck, Echelle de description des malades psychiatriques.

1964 Weiss, *Psychiatric evaluation index.*

1965 Spitzer, *Mental status schedule.*

1965 Zung, Echelle de dépression d'auto-estimation.

1965 Rockland, Quantification de l'état mental.

1965 Lubin, Liste d'adjectifs pour les états dépressifs.

1966 Wing, Technique de diagnostic psychiatrique.

1966 Hunt, Echelle dépressive d'auto-estimation.

1966 Smith, Modèle de diagnostic psychiatrique.

1966 Hetznecker, Liste de symptômes pour apprécier l'évolution des malades.

1966 Haertzen, *Addiction research center inventory.*

1967 Burdock, *Ward behavior R.S.*

1967 Savage, Echelle d'appréciation de l'état mental chez les sujets âgés.

1967 Harris & Letemendia, Echelle de l'état mental.

1967 Humphrey, *Function Mood scale.*

1967 Hunt, Les composantes de la dépression.

1968 Overall, F.C.R.S.

1969 Foulds, Echelle de délusion.

1969 Bordeleau, Echelle d'appréciation des syndromes extra-pyramidaux.

Chapitre II

Mieux vaut un bon psychologue sans test qu'une batterie de tests sans psychologue.

SZONDI.

L'intention de ce travail était à l'origine de faire une comparaison entre les différentes échelles connues et actuellement en usage.

Notre première démarche a été de demander conseil aux psychologues spécialistes de ce genre de tests. Or voici, à notre grand étonnement, que pas un seul d'entre eux n'a pu nous donner le moindre renseignement : les échelles de comportement leur étaient inconnues. Ceux que nous avons contactés connaissaient le M.M.P.I., mais ni le Wittenborn, ni le B.P.R.S.

Ceci nous semble traduire deux choses :

— D'abord qu'en France ce domaine est resté jusqu'ici assez peu exploré et qu'il représente une pratique clinique ne ressortissant que des médecins.

— Ensuite que, dans la réalité, les psychologues ne sont pas intégrés à la psychiatrie.

Il est probable et souhaitable que, dans un proche avenir, les psychologues-cliniciens prennent en charge ces techniques : aux U.S.A., il semble bien que ce soient les psychologues et les médecins-psychologues qui s'occupent de la fabrication et de la passation de ces tests, en collaboration étroite avec les psychiatres.

En dehors du Wittenborn et du B.P.R.S., les publications françaises ne faisaient état que d'une ou deux échelles très anciennes et peu utilisées (Fergus-Fall et Beck). C'est alors que la littérature américaine nous en

a amené une telle profusion qu'il devenait difficile de les étudier toutes.

Nous avons ainsi fait une sélection un peu arbitraire : outre ces deux échelles, traduites et adaptées en français (Wittenborn et B.P.R.S.), nous avons choisi deux échelles spécifiques des états dépressifs : l'échelle de Wechsler (D.R.S.) et l'échelle de Zung (S.D.S. échelle d'auto-estimation). Et enfin l'échelle de Goodrich, de conception très différente des quatre autres, puisqu'elle explore le degré de gravité d'un état pathologique de façon très grossière et très globale.

Notre but était de comparer la sensibilité relative de chaque technique d'appréciation :

— Psychométrique (5 mesures).
— Clinique.

TECHNIQUE UTILISÉE

Nous avons fait passer ces échelles à 30 malades dont la manifestation clinique la plus marquée était la symptomatologie dépressive.

Les premières batteries de tests ont été administrées dans les premiers jours de l'hospitalisation ; la deuxième passation a eu lieu quelques jours avant la sortie de l'hôpital.

Le temps écoulé entre les deux varie de dix jours à deux mois. C'est le même examinateur qui a fait passer toutes les épreuves et une nouvelle feuille de test a été utilisée chaque fois pour éviter la contamination des premiers résultats lors de la deuxième passation.

Les malades — les 30 patients étudiés — se répartissent de la façon suivante :

Dépression mélancolique	19
Dépression névrotique	8
Dépression atypique	2
Dépression hypochondriaque	1

Les traitements — ils ont été assez divers :

— 14 ont reçu des électrochocs.
— 20 ont reçu des thymoanaleptiques.
— 4 ont reçu des I.M.A.O.
— 2 ont reçu des tranquillisants.

Plus de la moitié ont reçu un traitement d'appoint par les neuroleptiques et toutes ces thérapeutiques ont, bien sûr, été associées à la psychothérapie.

Dans le tableau I, nous résumons l'essentiel de ce que nous avons étudié :

— Diagnostic clinique.
— Diagnostic par le B.P.R.S.
— Les flèches du Wittenborn ainsi que le total des points avant et après traitement.
— La thérapeutique.
— Le temps écoulé entre les deux tests.
— La gravité initiale.
— L'amélioration clinique en fin de traitement.
— Les résultats chiffrés au D.R.S., S.D.S. et Goodrich.

TABLEAU I

NOMS	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC au B.P.R.S.	TRAITEMENT
N° 1. Her...	F	52	Mélancolie	Mélancolie	Sismothérapie Anafranil
N° 2. Cla...	F	42	Mélancolie	Dépression réactionnelle	Sismothérapie
N° 3. Bus...	F	56	Mélancolie	Mélancolie	Tofranil
N° 4. Mul...	M	39	Dépression anxieuse Paranoïa sensitive	Dépression réactionnelle	I.M.A.O. Neuroleptiques
N° 5. Bro...	F	36	Dépression réactionnelle	Dépression réactionnelle	Sismothérapie Anafranil
N° 6. Deg...	F	56	Mélancolie	Mélancolie	Sismothérapie Anafranil
N° 7. Fau...	F	41	Dépression réactionnelle	Dépression réactionnelle	I.M.A.O.
N° 8. Bou...	M	37	Dépression hypochondrie Paranoïa	Paranoïa	Neuroleptiques
N° 9. Ren...	F	69	Mélancolie	Mélancolie	Pertofran Neuroleptiques
N° 10. Lac...	M	75	Anxiété névrotique	Dépression réactionnelle	I.M.A.O. Valium
N° 11. Kar...	F	56	Mélancolie	Mélancolie	Sismothérapie Anafranil
N° 12. Rey...	F	45	Mélancolie	Mélancolie	Anafranil
N° 13. Rou...	F	48	Mélancolie délirante	Dépression réactionnelle	Sismothérapie Anafranil
N° 14. Gai...	F	64	Dépression réactionnelle	Dépression réactionnelle	Anafranil
N° 15. Bui...	M	48	Mélancolie délirante	Mélancolie	Sismothérapie Anafranil Neuroleptiques

Gravité initiale :

\+ Légère.
\+ + Moyenne.
\+ + + Grave.
\+ + + + Très grave.

GRAVITE CLINIQUE	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LES DEUX TESTS	AMELIO-RATION	WITTEN-BORN	RESULTATS DES TESTS		
				D.R.S.	S.D.S.	GOOD.
++++	19 jours	++	I, IV, IX 70-5	101-41		2,82-3,92
+++	19 jours	+++	I, II 53-6	80-46	63-37	3,17-3,57
+++	1 mois	++	I, IV, IX 63-9	96-50	62-31	3,07-3,78
+++	5 semaines	++	I, IX 46-22	88-43	54-45	3,35-3,85
++	20 jours	+	I, IV, IX 61-34	82-60	51-41	3,35-3,75
+++	18 jours	+	I, IV, IX 56-17	81-52	55-33	3,05-3,67
++	6 semaines	++	I, IX 52-23	75-52	69-55	3,67-3,85
++	6 semaines	0	III, VI 68-55	50-49	52-47	3,17-3,32
++++	17 jours	++	I, IV 86-9	105-40	60-33	3,07-3,81
+++	6 semaines	+++	I, II, IX 75-25	85-57	71-46	3,42-3,82
++++	19 jours	+++	I, IV, IX 78-11	93-46	67-31	2,78-3,89
++++	16 jours	++	I, IV, V, VIII, IX 106-5	97-48		2,67-3,09
++++	7 semaines	+++	I, IV, IX 79-23	102-34	51-27	2,78-3,78
+++	1 mois	+	I, IV, IX 75-10	86-47	63-31	3,35-3,85
+++	3 semaines	+++	I, IX 77-7	93-48	50-34	3,07-3,82

Amélioration clinique :

0 Aucune.
\+ Médiocre.
++ Bonne.
+++ Très bonne.

Wittenborn :

Sur la première ligne sont indiquées les flèches les plus marquées.
Sur la deuxième ligne, le total des points avant et après traitement.

NOMS	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC CLINIQUE	DIAGNOSTIC au B.P.R.S.	TRAITEMENT
N° 16. Pey...	M	66	Mélancolie	Mélancolie	Anafranil Neuroleptiques
N° 17. Pey...	F	55	Mélancolie	Dépression réactionnelle	Sismothérapie Anafranil
N° 18. Bar...	F	51	Mélancolie	Mélancolie	Sismothérapie Anafranil
N° 19. Sou...	M	38	Mélancolie	Dépression atypique	Sismothérapie Anafranil Neuroleptiques
N° 20. Gam..	M	32	Dépression anxieuse	Dépression réactionnelle	Valium Neuroleptiques
N° 21. Mor...	M	54	Mélancolie	Mélancolie	Sismothérapie Tofranil
N° 22. Sab...	F	23	Mélancolie	Dépression réactionnelle	Sismothérapie Tofranil
N° 23. Ber...	F	48	Mélancolie	Mélancolie	Tofranil Neuroleptiques
N° 24. Tas...	F	47	Mélancolie	Dépression réactionnelle	Tofranil
N° 25. Mey...	F	47	Mélancolie	Dépression réactionnelle	Anafranil
N° 26. Cal...	F	44	Mélancolie	Bouffée confusionnelle	Sismothérapie
N° 27. Dup...	F	48	Dépression névrotique	Dépression réactionnelle	Sismothérapie Neuroleptiques
N° 28. Cla...	F	26	Dépression réactionnelle	Dépression réactionnelle	Anafranil
N° 29. Mat...	M	32	Dépression atypique	Dépression réactionnelle	I.M.A.O. Neuroleptiques
N° 30. Pue...	F	43	Dépression atypique	Dépression réactionnelle	Tofranil Neuroleptiques

GRAVITE CLINIQUE	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LES DEUX TESTS	AMELIO-RATION	WITTEN-BORN	RESULTATS DES TESTS		
				D.R.S.	S.D.S.	GOOD.
++++	10 jours	+++	I 60-11	68-49	37-35	3,39-3,85
++++	15 jours	+++	I, IV, IX 74-15	86-47	54-29	3,46-3,96
+++	1 mois	++	I, IV, IX 84-26	92-54	55-47	2,93-3,71
++++	7 semaines	++	I, VII, IX 77-17	83-51	51-29	3,01-3,82
++	3 semaines	+	I, IX 71-50	89-67	60-44	3,17-3,64
+++	25 jours	+++	I, IV, IX 83-25	102-38	57-31	2,82-3,78
+++	2 mois	++	I, IX 53-17	82-47	46-41	3,46-3,78
++++	26 jours	+++	I, IV, IX 94-18	94-56	58-33	3,03-3,78
++++	24 jours	+++	I, II, IX 65-10	86-38	58-30	3,32-3,89
+++	5 semaines	++	I, IX 54-31	90-50	54-37	3,60-3,82
++++	1 mois	++	I, IV, VII, VIII, IX 84-25	82-51	38-28	3,07-3,75
+++	1 mois	++	I, II, IX 73-40	82-42	67-38	2,93-3,75
++++	24 jours	++	I, II 62-25	86-46	48-42	3,05-3,89
+++	2 mois	+	I, II, IV, IX 83-53	83-53	53-53	3,46-3,78
+	1 mois	++	I, IX 64-23	93-45	40-37	3,28-3,89

Cette étude comporte *trois* étapes :

1° Etude des deux profils obtenus par le B.P.R.S. et le Wittenborn.

2° Etude des trois autres tests dont le résultat est chiffré, donc beaucoup plus maniable.

3° Comparaison de ces résultats avec les résultats cliniques et leur possibilité d'utilisation en pratique psychiatrique.

LES RÉSULTATS DE L'ÉCHELLE DE WITTENBORN

Les deux flèches les plus constamment marquées concernent les facteurs I et IX (anxiété aiguë et syndrome phobique-compulsif) ; mais il faut signaler que 3 sur 4 des items du facteur IX font également partie du facteur I, ce qui peut expliquer, malgré les coefficients de pondération, le parallélisme entre ces deux flèches.

Le facteur IV (dépression) s'ajoute aux deux précédents (15 fois sur 30).

Vient ensuite une flèche au facteur II (Hystérie de conversion) dans 10 cas sur 30.

Les flèches que l'on peut noter dans d'autres facteurs sont toutes inférieures aux trois principales et traduisent la teinte particulière à chaque cas clinique, sans en changer l'élément essentiel qui est la dépression.

(Nous mettons à part les deux observations 4 et 8, où le syndrome dépressif est rapidement passé au second plan, pour laisser apparaître une structure paranoïaque.)

Quelle est l'évolution de ces profils après traitement ? Dans l'ensemble, on peut dire qu'il y a un simple aplatissement de la courbe qui tend à rejoindre ou même rejoint le niveau de normalité. Les seuls points où les deux profils se croisent (c'est-à-dire lorsque la notation au deuxième test est plus élevée que la première) se situent dans les zones proches du niveau de normalité et n'ont pas de signification.

Au total, ces profils permettent de noter une disparition ou une atténuation des symptômes pathologiques.

LES RÉSULTATS DU B.P.R.S.

Ils nous ont surtout intéressé par la possibilité que nous offre ce test dans le domaine du diagnostic.

Bien que n'ayant pas eu à notre disposition de machine I.B.M. et dans la mesure où nous avions choisi des malades assez typiques cliniquement, nous avons essayé par une comparaison grossière avec les profils types de voir quel diagnostic nous obtenons par cette échelle.

Sur les 30 cas, nous avons obtenu un même diagnostic dans 20 cas. Deux diagnostics différents dans 10 cas.

Ces résultats sont rapportés pour ce qu'ils sont et sans aucune prétention statistique, car cette comparaison a été faite sans rigueur, et, outre le nombre trop faible de cas, l'interprétation des profils du B.P.R.S. sans ordinateur est difficile ; certains profils sont très proches les uns des autres, en particulier les deux qui nous ont servi ici (mélancolie, dépression réactionnelle).

Ce qui est certain c'est que, comme pour le Wittenborn, les modifications sous traitement sont assez univoques : la courbe initiale s'aplatit pour rejoindre la zone de normalité.

Pour ces deux échelles également, les particularités de comportement, plus marquées au second test qu'au premier, ne sont jamais franchement pathologiques et sont généralement liées aux effets thérapeutiques secondaires (mégalomanie, maniérisme, excitation...). Dans certains cas, ils ne traduisent que la réapparition de traits de caractère que la symptomatologie dépressive avait laissée au second plan.

La comparaison entre B.P.R.S. et Wittenborn a été faite de la façon suivante :

Etant donné les diagnostics fournis par le B.P.R.S., nous pouvons classer les malades en :

Dépressions réactionnelles	16 cas
Dépressions mélancoliques	11 cas
Paranoïa	1 cas
Bouffée confusionnelle	1 cas
Dépression atypique	1 cas

Nous éliminerons les trois cas isolés, pour essayer de voir comment se correspondent, d'une part les diagnostics au B.P.R.S., d'autre part les flèches marquées au Wittenborn.

Ceci est résumé dans le tableau suivant :

	FLECHES MARQUEES AUX FACTEURS				
	I	II	IV	IX	I, IV, IX
Dépression réactionnelle : 16 cas	16 100 %	6 35,5 %	4 25 %	14 87,5 %	5 31 %
Dépression mélancolique : 11 cas	11 100 %	0 0 %	9 82 %	9 82 %	8 73 %

Le facteur I : se retrouve dans tous les cas ; il n'indique que la présence du symptôme général dépression, sans préjuger de sa nature.

Le facteur IX : se retrouve en proportion à peu près égale dans les deux variétés de dépression et ne permet pas de les discriminer.

Le facteur IV : apparaît dans 9 cas sur 11 mélancoliques (82 %) et seulement dans 4 cas sur 16 (25 %) chez les dépressions réactionnelles.

Le facteur II : bien que peu fréquent, ne se retrouve que dans les dépressions névrotiques.

Les facteurs I, IV, IX : il nous a semblé intéressant d'étudier cette association qui semble se retrouver plus spécifiquement chez les mélancoliques : 8 cas sur 11 (73 %) que chez les névrotiques : 5 cas sur 16 (31 %).

RESULTATS DES TROIS AUTRES TESTS

Les trois autres tests seront étudiés ensemble, car ils sont tous les trois conçus dans la même optique : chiffrer un degré de gravité. D.R.S. et S.D.S. apprécient le symptôme dépression, Goodrich apprécie l'état pathologique dans son ensemble. Comme nous avons ici des malades essentiellement déprimés, nous avons pensé que, *a priori*, les trois résultats devaient apporter les mêmes indications de gravité.

Le tableau II donne une idée graphique des valeurs relatives des résultats aux trois tests. Il a été établi de la façon suivante :

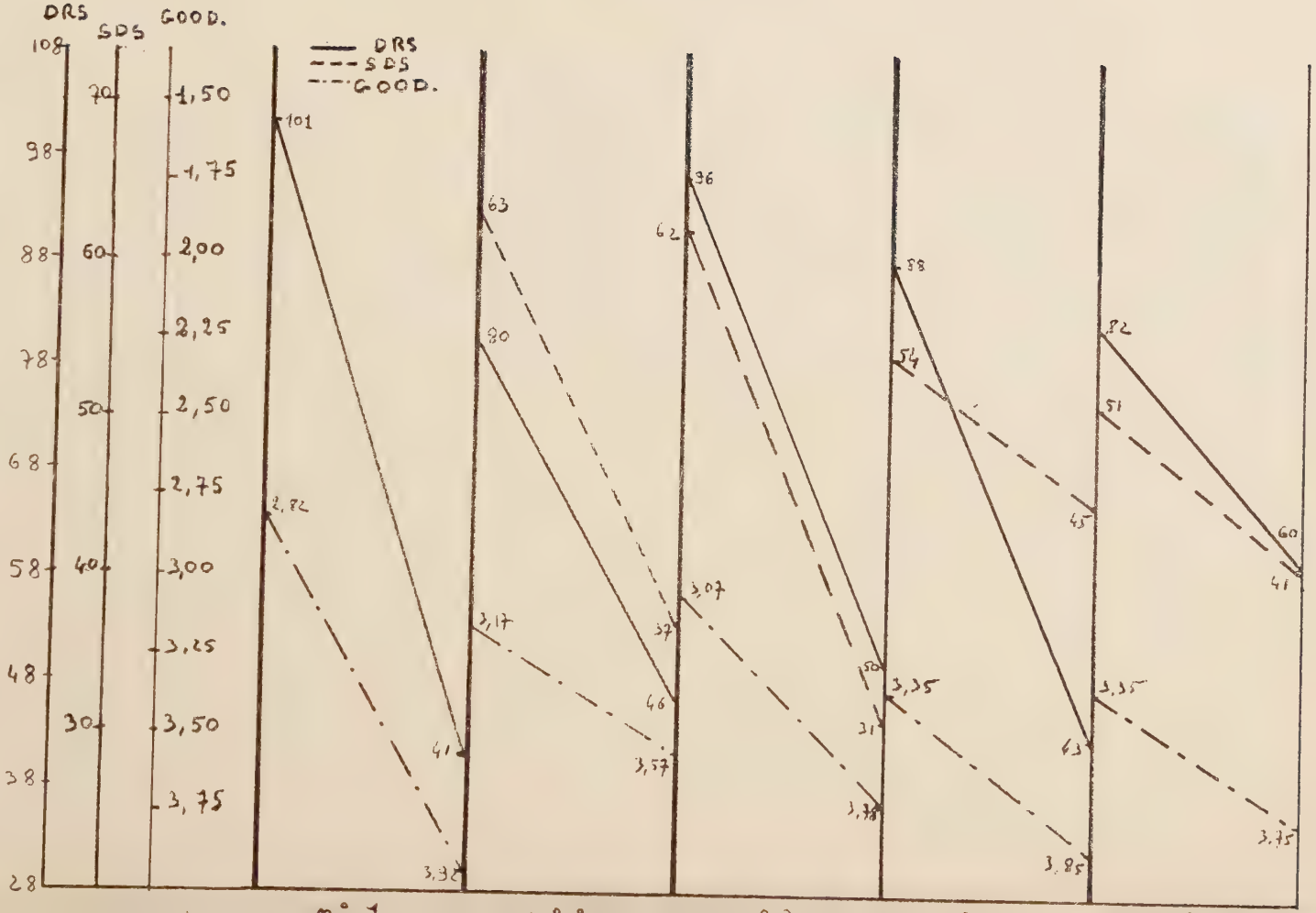
Les trois échelles respectivement adaptées aux cotations des trois tests sont indiquées à gauche du graphique. Ces trois échelles ont été constituées de façon que les cotations de 28 à 118 (D.R.S.), de 20 à 80 (S.D.S.) et de 4,00 à 1,00 (Goodrich) correspondent à un même segment d'axe vertical.

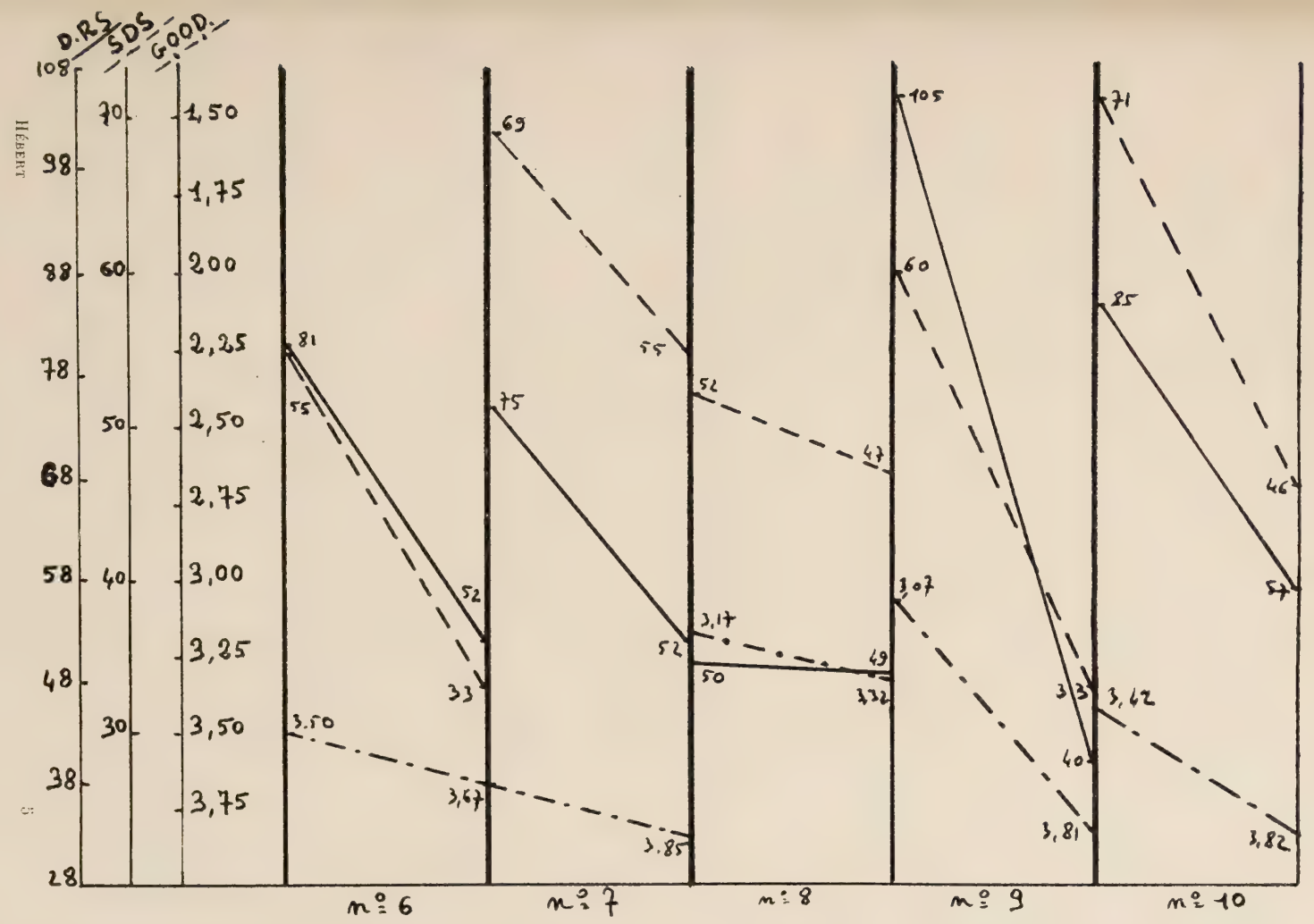
Chaque bande verticale de la figure correspond à un cas dont le numéro est indiqué en bas.

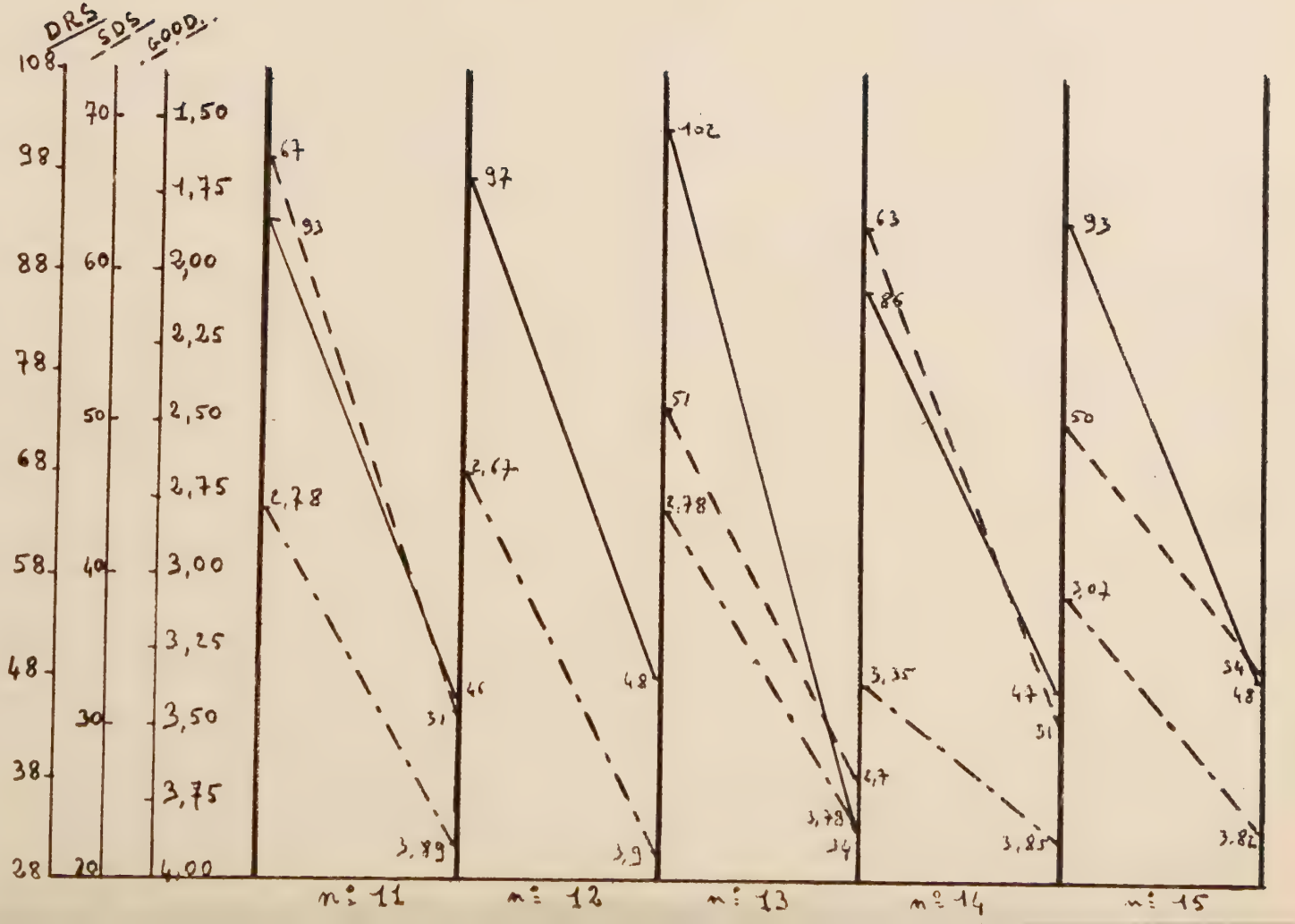
Dans chacune de ces bandes, trois segments rectilignes (deux seulement pour les sujets 1 et 12) relient les points de gauche correspondant à la cotation initiale aux points de droite correspondant à la cotation finale.

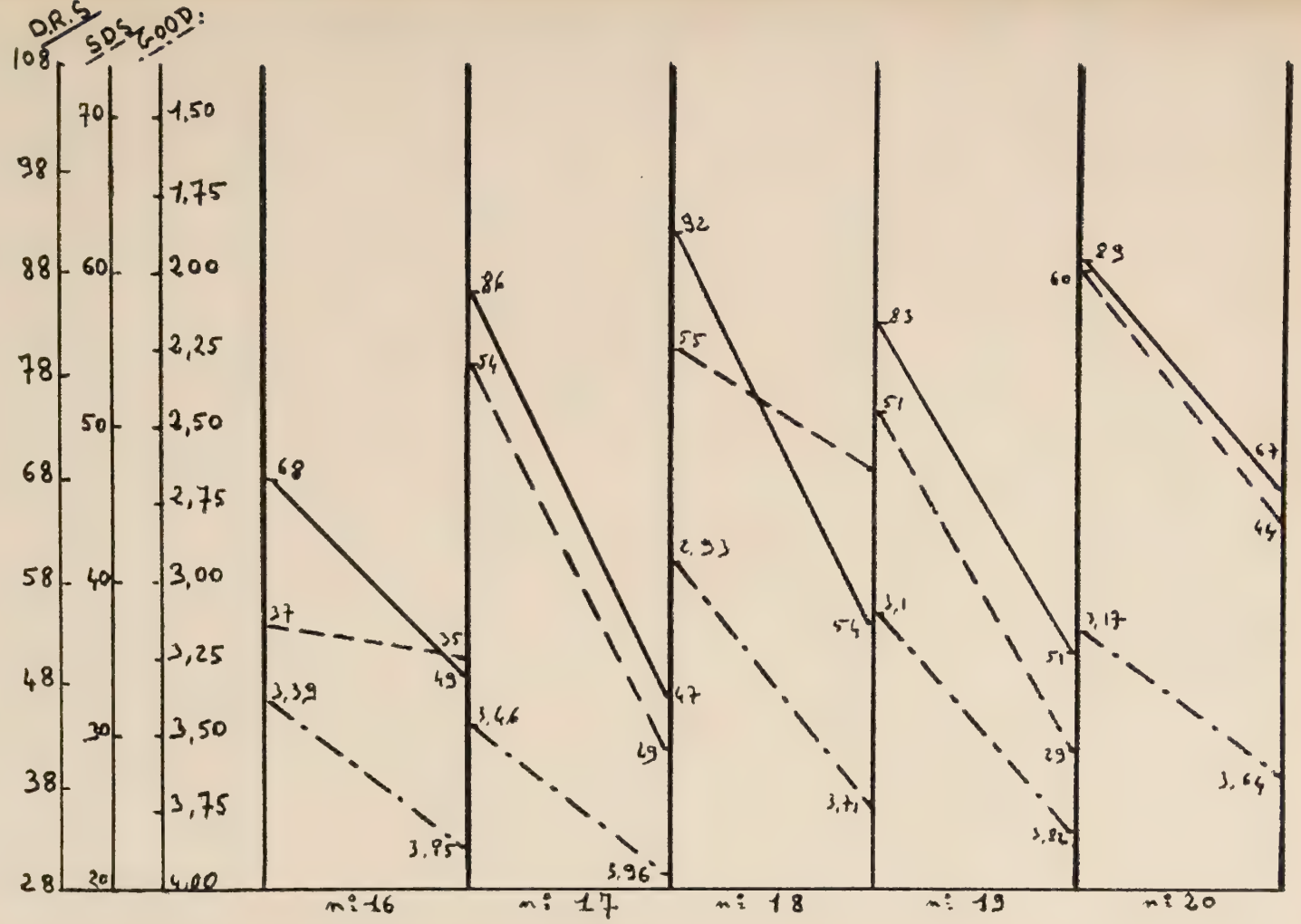
La concordance plus ou moins nette des résultats fournis par les trois tests est mise en évidence par le parallélisme plus ou moins rapproché des trois segments. (Noter une bonne concordance par exemple pour les cas 3, 7, 10, 11, 19, 20, 23, 27.)

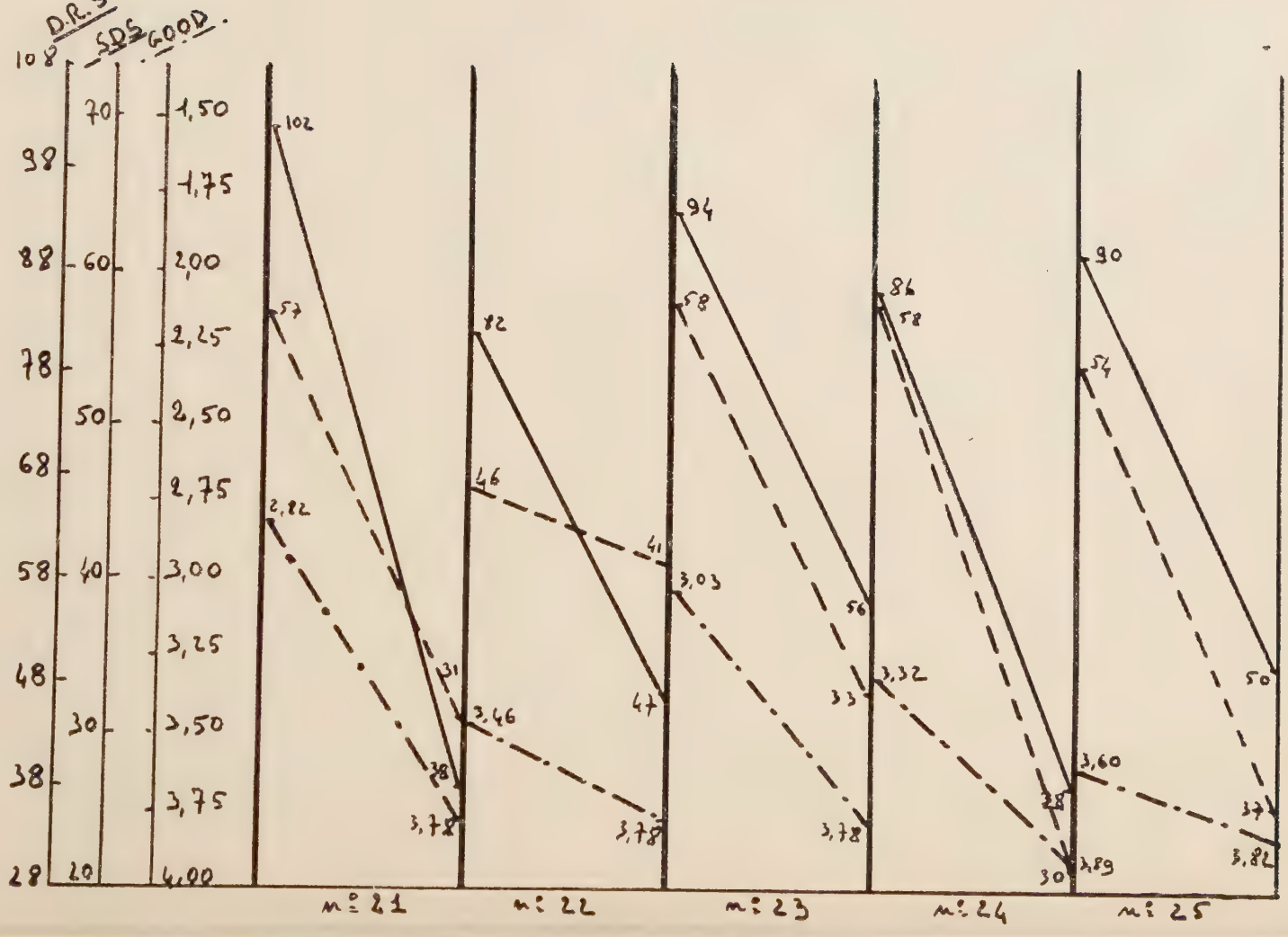
TABLEAU II

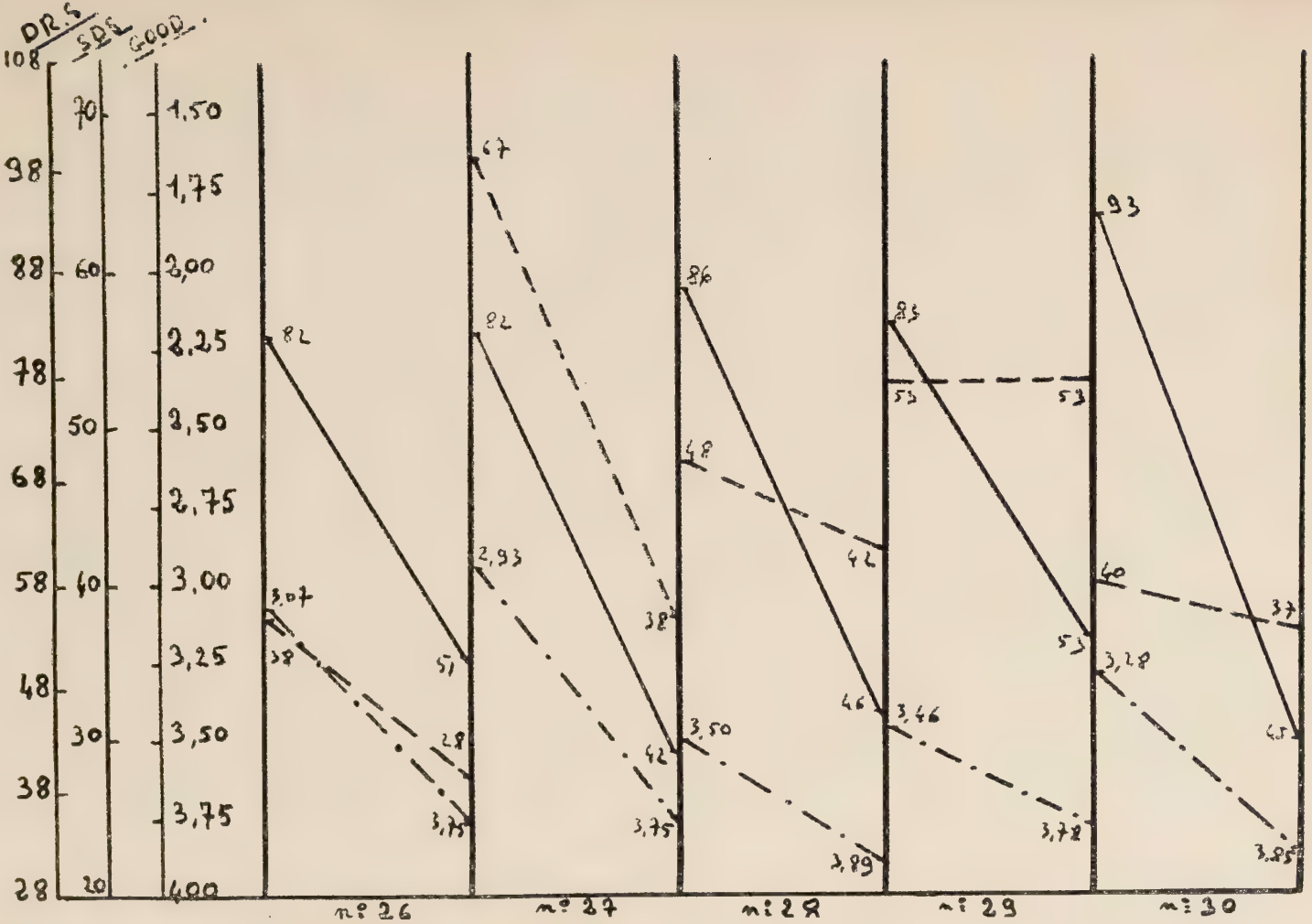

DRS
SDS
GOOD.
DRS
SDS
GOOD.
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
101
2,82
41
3,36
63
80
3,17
37
46
3,57
36
62
3,07
50
31
3,38
88
54
3,35
43
63
3,85
82
51
3,35
60
41
3,75


D.R.S
S.D.S
GOOD.
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
HÉBERT
81
55
52
33
3,50
3,67
69
55
75
52
52
47
3,17
49
50
3,32
3,85
105
60
3,07
3,81
71
85
46
57
3,42
40
3,82
n° 6
n° 7
n° 8
n° 9
n° 10


DRS
SDS
GOOD
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
20
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
4,00
67
93
46
31
2,78
3,89
97
48
2,67
3,9
102
51
3,78
4,7
3,78
3,4
63
86
3,35
3,85
93
50
47
31
3,07
34
48
3,82
n: 11
n: 12
n: 13
n: 14
n: 15


D.R.S
S.D.S
C.O.D:
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
20
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
4,00
68
27
35
49
3,39
3,95
86
54
47
69
3,46
3,96
92
55
54
2,33
3,71
83
51
54
3,1
3,82
89
60
67
44
51
29
3,17
3,64
m: 16
m: 17
m: 18
m: 19
m: 20


D.R.S
SDS
GOOD
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
20
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
4,00
102
57
2,82
31
38
3,78
82
46
41
3,46
47
3,78
94
58
3,03
56
33
3,78
86
58
3,32
38
30
3,89
90
54
3,60
50
37
3,81
m: 21
m: 22
m: 23
m: 24
m: 25


DRS
SDE
GOOD
108
98
88
78
68
58
48
38
28
70
60
50
40
30
20
1,50
1,75
2,00
2,25
2,50
2,75
3,00
3,25
3,50
3,75
4,00
82
51
3,07
38
28
3,75
67
82
2,93
42
3,75
86
48
42
38
3,50
3,89
83
53
53
46
3,46
3,78
93
40
37
53
3,28
65
3,85
n: 26
n: 27
n: 28
n: 29
n: 30

Nous avons enfin pu faire calculer le coefficient de corrélation de chacun de ces tests pris deux par deux et nous avons obtenu les résultats suivants :

1° Entre les tests D.R.S. et S.D.S. (28 paires d'observations), le résultat obtenu est de 0,45.

2° Entre les tests D.R.S. et Goodrich (30 paires d'observations), le résultat est de 0,68.

3° Entre les tests S.D.S. et Goodrich (28 paires d'observations), le résultat est de 0,47.

On sait que les valeurs possibles du coefficient de corrélation vont de 0 (aucune corrélation) à 1 (corrélation parfaite).

Il est donc permis de conclure que la corrélation D.R.S.-Goodrich est bonne ; la valeur qui est 0,68 indique que ces deux tests se confirment l'un par l'autre de façon satisfaisante.

Les corrélations D.R.S.-S.D.S. et S.D.S.-Goodrich (0.45 et 0,47) sont moins précises, mais cependant peuvent être raisonnablement admises et utilisées

L'étude des coefficients de corrélation nous apporte une confirmation sur le fait que les échelles d'auto-appréciation ont une valeur relative.

Si la maladie mentale est représentée justement par l'écart entre la façon dont le malade se voit et la façon dont il est vu par les autres, les échelles d'auto-appréciation font disparaître cette dimension.

Le malade ne peut pas se juger ou tout au moins ne se juge plus selon les mêmes critères que l'observateur, d'où l'écart entre sa propre notation et la notation de l'autre, d'où la mauvaise corrélation entre nos deux variétés de tests : D.R.S. et Goodrich, qui sont objectifs, ont une bonne corrélation malgré leur optique différente, ils se confirment l'un par l'autre.

Le S.D.S. d'auto-estimation n'a de corrélation suffisante ni avec l'un, ni avec l'autre.

La première chose à dire en terminant cette étude, c'est que nous n'avons eu aucune surprise :

l'impression clinique.

Les deux profils du Wittenborn et du B.P.R.S.

Les trois résultats des autres échelles se sont confirmés les uns par les autres.

Il n'y a pas de résultats aberrants et, même pour le cas 8, clinique et tests sont concordants pour éliminer le premier diagnostic posé (dépression hypochondriaque), redresser celui-ci et parler de délire paranoïaque, signaler l'absence de résultat thérapeutique.

Ceci étant, quelle place donner à cette catégorie de tests dans la pratique psychiatrique ?

Le rôle de bilan initial d'abord. Le B.P.R.S. y trouve une place privilégiée, non par ses qualités propres, mais parce que, grâce aux travaux du Professeur Pichot, elle rend possible une approche du diagnostic plus rigoureuse que par la simple clinique. C'est actuellement le seul moyen de communication acceptable entre psychiatres en ce qui concerne la nosographie.

Le Wittenborn est beaucoup moins utilisable, car, un peu comme le M.M.P.I., les indications qu'il donne portent le nom de catégories nosographiques sans les représenter vraiment. Là aussi, la tentation est grande de prétendre ainsi porter un diagnostic.

Quant aux trois autres tests (S.D.S., D.R.S., Goodrich), leur intérêt nous paraît surtout centré sur leur utilisation en psychopharmacologie.

Sans vouloir sacrifier à la mode actuelle qui veut partout mettre des mathématiques, il nous semble quand même logique d'essayer le plus possible d'objectiver les résultats cliniques : les échelles de comportement nous en offrent une possibilité qui n'est pas à négliger.

Loin de nous l'idée de voir dans les Rating Scales une représentation fidèle du malade et de son état pathologique, mais on peut toutefois les utiliser comme point de repère initial pour suivre graphiquement l'évolution clinique.

CONCLUSIONS

Les « Rating Scales », ou échelles d'appréciation du comportement pathologique, sont des instruments destinés à aider le psychiatre dans l'approche descriptive du malade mental.

Les premières échelles datent du début du siècle, mais c'est surtout depuis trente ans qu'elles se sont multipliées, principalement aux U.S.A. où chaque hôpital psychiatrique a son laboratoire de psychologie et où les psychologues cliniciens fabriquent les échelles correspondant aux besoins des médecins.

Il en existe un très grand nombre, dont la motivation, l'utilité et la valeur ne sont pas toujours évidentes. Nous en avons dénombré 87 dont 48 datent de moins de dix ans. Parmi les classifications possibles, nous en avons retenu deux :

- Selon la structure, il existe :
  - Les listes d'adjectifs.
  - Les échelles à notation objective.
  - Les échelles d'auto-évaluation.
- Selon le but qu'elles se proposent :
  - Les échelles générales, donnant une idée globale de toute la personnalité et faisant apparaître en principe le trait dominant.
  - Les échelles spécifiques des états dépressifs.
  - Les échelles destinées à suivre les malades chroniques d'hôpital psychiatrique.

Les échelles doivent avoir trois qualités essentielles : validité, fidélité et sensibilité, qui permettent une utilisation et une comparaison valable des résultats.

Leur domaine d'application doit être bien précisé et dépend de ce qu'elles mesurent effectivement : elles sont trop rigides et pas assez vastes pour apprécier les états névrotiques ; par contre, dans les psychoses, les manifestations pathologiques sont assez stéréotypées pour qu'on puisse les chiffrer ou les traduire sous forme de profils.

Les R.S. peuvent y jouer le rôle de bilan initial, de point de comparaison pour suivre une évolution.

L'apparition sur le marché de nouveaux produits psychotropes en quantité sans cesse croissante et dont les indications sont généralement peu explicites, offre un champ d'utilisation aux Rating Scales qui pourront y servir de critère d'efficacité. C'est actuellement le seul moyen d'objectiver des résultats thérapeutiques mais qui est trop peu employé, et encore faudra-t-il que leur utilisation soit honnête et rigoureuse !

Quant au problème du diagnostic en psychiatrie, c'est avec beaucoup de précautions que nous l'avons abordé : les échelles de comportement ne sont pas des techniques de diagnostic. Seul le B.P.R.S., grâce aux profils types qui ont été établis, pourra servir de point de référence pour comparer les courbes obtenues chez des malades.

Mais... peut-on assimiler telle courbe à la schizophrénie, telle autre à la manie, ou telle autre à la dépression réactionnelle ?

Notre propos n'est pas de résoudre ici ce problème. Disons simplement que nous avons, grâce au B.P.R.S., un moyen de se comprendre, de savoir, par référence, de quoi nous parlons quand nous employons des termes de diagnostic.

Nous avons ensuite utilisé 5 de ces échelles en les administrant avant et après traitement à 30 malades dépressifs. Les profils obtenus au B.P.R.S. ont été comparés aux profils types, malgré l'absence d'ordinateur, et les résultats ont été concluants dans deux tiers des cas. Les profils du Wittenborn ont permis de montrer la constance du

facteur I dans toutes les variétés d'états dépressifs et l'association relativement fréquente (73 %) des trois facteurs I-IV-IX dans les dépressions mélancoliques.

Les trois autres échelles (D.R.S.-S.D.S., spécifiques des états dépressifs, et Goodrich, qui explore globalement l'état pathologique), ont permis, grâce à leurs résultats chiffrés, une comparaison mathématique par calcul des coefficients de corrélation : les deux tests à notation objective (D.R.S. et Goodrich) ont une bonne corrélation et se confirment comme aussi valables l'un que l'autre.

Le seul test S.D.S., qui est une échelle d'auto-appréciation, n'a de bonne corrélation ni avec l'un ni avec l'autre.

Ceci met l'accent sur le peu d'objectivité du malade mental vis-à-vis de lui-même et de sa maladie : les échelles d'auto-appréciation se révèlent, en pratique, inutilisables sinon pour étudier la distance entre l'opinion du malade et celle du médecin.

Quel est au total le rôle que les Rating Scales sont appelés à jouer en psychiatrie ?

Ce sont surtout des moyens de surveillance thérapeutique, une façon pratique d'objectiver des résultats.

Quant au B.P.R.S., les travaux d'étalonnage dont il a été l'objet lui donnent une place privilégiée : il est destiné à prendre de plus en plus d'importance en psychiatrie contemporaine dans le domaine des études nosographiques. D'autres échelles verront probablement le jour en fonction des besoins de chacun. L'introduction de l'ordinateur en médecine et même en psychiatrie fait de ces techniques une méthode d'avenir.

Parmi les échelles que nous avons utilisées, nous pensons que le B.P.R.S. et le Wittenborn sont assez connus pour n'avoir pas besoin de les reproduire ici.

Nous ne donnerons un exemplaire que des trois autres. (L'adaptation française en a été faite par nous-même.)

SELF RATING DEPRESSION SCALE
(S.D.S.)

	Rarement ou pas du tout	De temps en temps	Assez souvent	La plupart du temps
Je me sens triste et sans courage	1	2	3	4
C'est le matin que je me sens le mieux	4	3	2	1
Il y a des moments où je pleure	1	2	3	4
La nuit je dors mal	1	2	3	4
Je mange comme à l'ordinaire	4	3	2	1
J'ai des relations sexuelles	4	3	2	1
J'ai remarqué que je perdais du poids	1	2	3	4
Je suis constipé	1	2	3	4
Mon cœur bat plus vite qu'à l'ordinaire	1	2	3	4
Je suis fatigué sans raison	1	2	3	4
Mon esprit est aussi clair qu'à l'ordinaire	4	3	2	1
Je fais les choses aussi facilement qu'à l'ordinaire	4	3	2	1
Je bouge tout le temps et je ne peux pas rester tranquille	1	2	3	4
J'ai plein d'espoir en l'avenir	4	3	2	1
Je suis plus irritable que d'habitude	1	2	3	4
Je trouve facile de prendre des décisions	4	3	2	1

	Rarement ou pas du tout	De temps en temps	Assez souvent	La plupart du temps
Je pense que je suis utile et qu'on a besoin de moi	4	3	2	1
Ma vie est bien remplie ..	4	3	2	1
J'ai le sentiment que les autres se sentiraient mieux si j'étais mort ..	1	2	3	4
Je me sers de tout ce dont j'ai l'habitude de me servir	4	3	2	1

Les chiffres inscrits sur la grille indiquent la valeur attribuée à chaque réponse et ne figurent pas normalement sur la feuille de test.

DEPRESSION RATING SCALE

(D.R.S.)

Attitude et sentiments du malade.

1° Attitude et possibilités face à des situations banales :

1 : très positif (confiant, adapté, compétent) ; 2 : positif ; 3 : moyennement positif ; 4 : moyennement négatif ; 5 : négatif ; 6 : très négatif (incompétent, inadapté) : .....

2° Attitude et commentaires du malade face à son passé :

1 : très positif (fier, fanfaron) ; 2 : positif ; 3 . moyennement positif ; 4 : moyennement négatif ; 5 : négatif ; 6 : très négatif (honteux, plein de remords) : .....

3° Attitude du malade face à son avenir :

1 : très positif (plein d'espoir et enthousiaste) ; 2 : positif : 3 : moyennemant positif ; 4 : moyennement négatif ; 5 : négatif ; 6 : très négatif (désespéré, sans enthousiasme, sentiment de mauvais présage) : .....

4° Appréciation du malade sur sa mémoire :

1 : excellente ; 2 : bonne : 3 : convenable ; 4 : assez mauvaise ; 5 : mauvaise ; 6 : très mauvaise : .....

5° Centres d'intérêts du malade :

1 : en tous points plus intéressé par les autres que par lui ; 2 : en moyenne plus intéressé par les autres ; 3 : s'intéresse plus à lui-même qu'aux autres ; 4 : centré uniquement sur lui : .....

6° Préoccupations suicidaires :

1 : aucune ; 2 : un peu ; 3 : franchement ; 4 : très suicidaire : .....

7° Sentiments de culpabilité :

1 : absents ; 2 : un peu ; 3 : moyennement ; 4 : marqués : .....

8° Humeur apparente du malade :

1 : très heureux ; 2 : heureux ; 3 : parfois heureux ; 4 : parfois triste ; 5 : triste ; 6 : très triste : .....

9° Appréciations du malade sur ses possibilités de commencer une tâche :

1 : très grande (beaucoup de spontanéité, entreprenant) ; 2 : bonne ; 3 : moyenne ; 4 : assez médiocre ; 5 : mauvaise ; 6 : incapable (apathique, inerte) : .....

10° Appréciations du malade concernant sa persévérance à terminer son travail :

1 : excellente (persévérant et décidé) ; 2 : bonne ; 3 : convenable ; 4 : un peu faible ; 5 : mauvaise ; 6 : aucune : .....

11° Importance de la peur et de l'anxiété révélée par le malade :

1 : minime ; 2 : moyenne ; 3 : importante ; 4 : sévère : .....

12° Possibilités de concentration :

1 : excellente ; 2 : bonne ; 3 : moyenne ; 4 : un peu faible ; 5 : faible ; 6 : très faible (capable d'une concentration minime) : .....

13° Importance accordée à la situation actuelle par le malade :

1 : n'accorde à la situation actuelle pas plus d'attention qu'elle n'en mérite ; 2 : lui accorde assez d'importance ; 3 : un peu trop centré sur sa situation ; 4 : surconcerné (plein d'appréhension et de crainte) : .....

14° Estime du malade vis-à-vis de lui-même :

1 : pas de sous-estime ; 2 : légère dévalorisation ; 3 : dévalorisation marquée ; 4 : se sous-estime beaucoup : .....

Données du malade sur ses fonctions physiologiques.

1° Troubles de l'appétit :

1 : ne se plaint pas du tout ; 2 : un peu ; 3 : se plaint assez ; 4 : plaintes importantes : .....

2° Troubles du sommeil :

1 : dort bien ; 2 : légers troubles du sommeil ; 3 : dort mal ; 4 : grosses perturbations (parfois insomnie totale) : .....

3° Changement de poids :

1 : aucun ; 2 : léger amaigrissement ; 3 : chute pondérale modérée ; 4 : amaigrissement massif : .....

4° Modications du tonus énergétique :

1 : Aucune baisse ; 2 : légère baisse ; 3 : baisse modérée ; 4 : baisse importante : .....

5° Troubles des fonctions corporelles :

1 : aucune ; 2 : altérations mineures ; 3 : altérations marquées ; 4 : troubles importants : .....

Observations faites en cours d'interrogatoire.

1° Activité motrice (agitation ou adynamie) :

1 : dans les limites de la normale ; 2 : légère altération ; 3 : anormale ; 4 : très anormale : .....

2° Voix :

1 : tonalité normale ; 2 : légère altération ; 3 : anormale ; 4 : très anormale : .....

3° Débit de la parole :

1 : rythme normal ; 2 : accéléré ou ralenti ; 3 : très perturbé (lent ou rapide) : .....

4° Troubles du cours des idées :

1 : pas de modification notable ; 2 : certain ralentissement ou accélération ; 3 : très ralenti ou très accéléré : .....

5° Qualité de la relation avec le testeur :

1 : excellente ; 2 : bonne ; 3 : moyenne ; 4 : un peu difficile ; 5 : mauvaise ; 6 : très mauvaise : .....

6° Aspect général du malade :

1 : bon ; 2 : un peu négligé ; 3 : négligé ; 4 : très négligé : .....

7° Possibilités objectives de concentration :

1 : excellentes ; 2 : bonnes ; 3 : moyennes ; 4 : un peu faibles ; 5 : pauvres ; 6 : très pauvres : .....

8° Niveau de tension objective :

1 : absente ou minime ; 2 : moyenne ; 3 : modérée ; 4 : sévère : .....

9° Niveau de tonus énergétique objectif :

1 : aucune baisse ; 2 : légère baisse ; 3 : baisse marquée ; 4 : baisse importante : .....

TEST DE GOODRICH

Condition physique.

A) APPETIT :

1. Mange à toute heure de la journée.
2. Mange entre les repas et demande double ration aux repas.
3. Mange double ration aux repas ou mange entre les repas.
4. Mange normalement à chacun des trois repas.
3. Mange seulement un repas complet ou l'équivalent par jour.
2. Mange seulement si on le force.
1. Il faut le gaver.

B) SOMMEIL :

1. Se réveille difficilement même pendant le jour.
2. Dort plus de 12 heures sur 24.
3. Dort de 9 à 12 heures sur 24.
4. Dort de 6 à 9 heures sur 24.
3. Dort de 4 à 6 heures sur 24.
2. Dort de 1 à 3 heures sur 24.
1. Ne dort jamais.

C) POIDS :

1. 40 % en plus du poids normal pour l'âge et la taille.
2. 20 à 40 % en plus.
3. 10 à 20 % en plus.
4. Poids normal ou dans les limites.
3. 10 à 20 % en dessous du poids normal.
2. 20 à 30 % en dessous du poids normal.
1. 30 % ou davantage en dessous.

D) SYMPTOMES PSYCHOSOMATIQUES :

Céphalées, asthme, cardiopasmes, vomissements psychogènes, ulcus peptique, côlon irritable, aménorrhée fonctionnelle, hypertension, neurodermites, urticaire, etc.

1. Les symptômes nécessitent l'hospitalisation.
2. Ils permettent une certaine activité du patient
3. Ils sont subjectivement ennuyeux, mais n'entravent pas l'activité du malade.
4. Pas de symptômes psychosomatique.

Fonctions cognitives.

A) MEMOIRE :

1° Récente.

1. Amnésie complète de tout événement récent.
2. Perte de mémoire récente pour les événements importants.
3. Perte de mémoire récente pour les événements secondaires.
4. Pas de perte de mémoire récente.

2° Ancienne.

1. Amnésie complète.
2. Perte de mémoire pour les événements principaux.
3. Perte de mémoire pour les événements secondaires.
4. Pas de perte de mémoire pour les faits anciens.

B) ORIENTATION :

1° Dans le temps.

1. Ne sait ni la date ni son âge.
2. Sait l'année, mais ni le jour ni le mois.
3. Connaît le mois et l'année, mais pas le jour.
4. Connaît la date, le jour et son âge.

2° Dans l'espace.

1. Identification erronée ou absurde du lieu.
2. Identification erronée mais non absurde du lieu.
3. Identification incertaine du lieu.
4. Bonne orientation dans l'espace.

C) NOTION DE SA PROPRE IDENTITE :

1. Perte totale de l'identité.
2. Incertitude grave.
3. Identification correcte, mais quelques incertitudes.
4. Sait de façon certaine qui il est.

D) FONCTIONS INTELLECTUELLES :

Capacité d'abstraction, pensée, attention, intelligence, complexe d'informations générales, calcul, etc.

1. Diverses fonctions gravement compromises.
2. Les fonctions 1 et 2 ne sont pas compromises.
3. Légère altération de la fonction 1.
4. Les diverses fonctions sont normales.

Comportement.

A) SOIN DE LA PERSONNE :

1° Propreté.

1. Se souille, se barbouille d'excréments.
2. Très sale.
3. Un peu sale.
4. Normalement propre, sans excès.
3. Quelques préoccupations excessives pour sa propreté.
2. Passe de 10 à 50 % de la journée en activités de toilette.
1. Passe de 50 à 100 % de la journée en activités de toilette.

2° Habillement.

1. Se promène nu.
2. Habillé sommairement.
3. Habillé impudique.
4. Normalement habillé.

B) ACTIVITES :

1° Activités motrices globales.

1. Notablement hyperactif, incontrôlé pendant les heures de la journée.
2. Hyperactivité variable, partiellement contrôlée.
3. Légère instabilité motrice.
4. Activité normale.
3. Légèrement hypo.
2. Ralentissement notable mais discontinu.
1. Réduction notable de l'activité pendant le temps de veille.

2° Socialisation.

1. Constamment importun.
2. Approche souvent les autres, importun à l'occasion.
3. Approche souvent les autres.
4. Socialisation normale.
3. Intérêt pour les autres inférieur à la normale.
2. Aucun intérêt pour les autres, répond aux sollicitations.
1. Insiste pour être laissé seul.

C) LANGAGE :

1° Quantité.

1. Verbalisation incessante.
2. Logorrhée empêchant le dialogue.
3. Logorrhée n'empêchant pas les autres de répondre.

4. Langage normal.
3. Légère réduction du langage.
2. Une parole à l'occasion.
1. Mutisme.

2° Qualité.

1. Complètement incompréhensible.
2. Langage fragmentaire parfois compréhensible.
3. Manque d'association d'idées, idées compréhensibles.
4. Langage pertinent et cohérent.

D) COMPORTEMENT ANORMAL :

Ornementation insolite de la personne, masturbation manifeste, symptômes de la névrose de conversion, langage scandé, défaut de prononciation, etc.

1. Présents de 50 à 100 % du temps.
2. Présents de 10 à 50 % du temps.
3. Présents moins de 10 % du temps.
4. Absents.

Etat émotionnel.

A) HUMEUR :

1° Type du trouble.

1. Notablement euphorique.
2. Franchement euphorique.
3. Excessivement enthousiaste.
4. Normal.
3. Légèrement déprimé.
2. Nettement déprimé.
1. Profondément déprimé.

2° Stabilité.

1. Oscillations permanentes et incontrôlées
2. Humeur labile avec un certain contrôle.
3. Humeur variable.
4. Humeur stable.

B) ETAT DE TENSION PSYCHIQUE :

1. Panique.
2. Anxiété ou agitation.
3. Légère tension.
4. Aucune tension, initiative et énergie normales.

3. Légère diminution de l'initiative habituelle.
2. Perte notable de l'initiative.
1. Apathie complète.

C) AFFECTIVITE :

1° Adéquation entre l'état d'ame et la situation :

1. Etat d'âme tout à fait bizarre.
2. Etat d'âme nettement pas en rapport avec la situation.
3. Etat d'âme légèrement troublé.
4. Affectivité équilibrée.

2° Degré d'hostilité :

1. Très hostile, difficile à approcher.
2. Attitude d'opposition, on peut s'approcher.
3. Superficiellement participant, mais subtile opposition.

Contenu de la pensée.

A) IDEES PREVALENTES :

(Non délirantes), idées obsessionnelles, d'irréalité, de référence, d'influence, etc.

1° Fréquence.

1. Présentes pendant 50 à 100 % de la journée.
2. Présentes pendant 10 à 50 % de la journée.
3. Présentes moins de 10 % de la journée.
4. Absentes.

2° Degré d'intrication avec les activités.

1. Empêche toute activité.
2. Entrave beaucoup les activités.
3. Désagréable, mais n'entrave que peu les activités.
4. Absentes.

B) FAUSSES CROYANCES, DELIRE :

De grandeur, de persécution, etc.

1° Fréquence.

1. Pendant 50 à 100 % de la journée.
2. Pendant 10 à 50 % de la journée.
3. Moins de 10 % de la journée.
4. Absentes.

2° Intrication avec les activités.

1. Empêche toute activité.
2. Les entrave beaucoup.
3. Désagréables, mais ne les entrave que peu
4. Absentes.

C) HALLUCINATIONS :

Auditives, visuelles...

1° Fréquence.

1. De 50 à 100 % de la journée.
2. De 10 à 50 % de la journée.
3. Moins de 10 %.
4. Absentes.

2° Intrication avec les activités.

1. Empêche toute activité.
2. Les entrave beaucoup.
3. Désagréables, mais ne les entrave que peu.
4. Absentes.

BIBLIOGRAPHIE

Abely (P.). — Le moment est-il venu de réviser la nosologie psychiatrique ? *Ann. Méd. psych.*, 1966, t. I, 568.

Auerbach & Ewing. — Some limitation of psychiatric rating scale. The clinician viewpoint. *Comp. Psych.*, 1964, vol. V, n° 2.

Bailly. — L'utilisation des échelles de comportement en psychopharmacologie. Application à l'halopéridol. Thèse de médecine, Paris, 1960, n° 625.

Bobon (J.), Pichot (P.), Collet (Cl.), Baruk (H.), Fouks, Bour (P.), Marchais (P.) & Abely (P.). — Société médico-psychologique. Séance consacrée à la nosologie psychiatrique. *Ann. médic.-psycho.*, 1966, t. I, 484-528.

Brisset (Cl.) & Ridart (M.). — Place de la psychopharmacologie dans la thérapeutique psychiatrique. Méthodes d'études. *E.M.C. psychiatrie*, 1962, 3786, A 30.

Ellenberger (H.). — Les illusions de la classification psychiatrique. *L'évolution psychiatrique*, 1963, avr.-juin.

Hochmann (J.). — Le concept de sociopathie. Vers une critique de la raison nosographique. La criminologie clinique. *Dossiers de psychologie et de sciences humaines* (Dessart édit.), 1968.

Kaplan, Hirt & Kurts. — Psychological testing. History and current trends. *Comp. Psych.*, oct. 1967, vol. VIII, n° 5.

Kreitmann (N.) & All. — The reliability of psychiatric assessment. An analysis. *J. of Ment. Sci.*, sept. 1961, vol. CVII, n° 450, 887.

Merleau-Ponty. — La structure du comportement (P.U.F., édit.), 1967.

Palem. — Le clinicien devant le M.M.P.I. *Ann. Méd. psych.*, 1966, t. II, 35-58.

Pichot (P.). — La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur. *Presse méd.*, 20 mai 1967, n° 24, 75.

Pichot (P.). — Les aspects symptomatiques des états dépressifs. *Arch. suis. de neuro, neurochir. et psych.*, 1964, vol. XCIV, fasc. 2, 392-410.

Sandifer & Pettus (Cl.). — A study of psychiatric diagnosis. *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1964, 139, 350.

BIBLIOGRAPHIE
CONCERNANT LES TESTS

Kempf (E. J.). — The behavior chart : *in Mental Disease. Amer. J. Insan.*, 1915, **71**, 761-772.

Plant. — Rating sheme for conduct. *Amer. J. Psychiat.*, 1922, **1**, 547-572.

Rowell (J. F.). — An objective method of evaluation mental status. *J. Clin. Psychol.*, 1922, **7**, 255-259.

Moore (T. V.). — The essential psychoses and their fundamental syndromes. *Studies in psychol. and Psychiat.*, 1933, **3**, 1-128.

Jaspers. — A measurement of depression-elation and its relation to a measure of extraversion intraversion. *J. Abnorm. Soc. Psych.*, 1940, **25**, 307-319.

Wittmann. — Elgin prognostic scale: A scale for measuring prognosis in sch patients. *Elgin paper*, 1941, **4**, 20-33.

Wilcox (P. H.). — The gardner behavior chart. *Amer. J. Psych.*, 1942, **98**, 874-880.

Hathaways & Mc Kinley. — A multiphasic Personnality schedule (Minnesota). *J. Psychol.*, 1942, **14**, 73-84.

Cohen & Malmo. — The measurement of chronic psychotic over-activity by the Norwich Rating Scale. *J. gen. Psychol.*, 1944, **30**, 65-74.

Hildrecht. — Batteries of feelings and attitudes scales for clinical use. *J. Clin. Psychol.*, 1946, **2**, 215-221.

Malamud & Sands. — A revision of the psychiatric Rating scale. *Amer. J. Psychiat.*, 1947, **104**, 231-237.

Wittmann. — The Elgin check list of fundamental psychotic behavior reactions. *Amer. J. Psychol.*, 1948, **3**, 280.

Wittenborn. — Wittenborn psychiatric rating scale. *The psychological corporation*, New York, 1955.

Lucerno & Meyer. — A behavior rating scale suitable for use in mental hospital (Fergus-Fall R.S.). *J. Clin. Psychol.*, 1951, **7**, 250-254.

Lorr. — Development of a record for the description of psychiatric patients. *Psychol. Serv. Centre. J.*, 1951, **3**, n° 3.

Rowell. — An objective method of evaluating mental status. *J. Clin. Psychol.*, 1951, **7**, 255-259.

Scherer. — A behavior rating scale for use in activity therapy situation. *Info. Bull. Dep. Med. and Surg. Psychiat. and Neurol. Dis. Veterans Administration*, janv. 1951.

Ferguson. — Development and evaluation of behavior scale for apraising the adjustement of hospitalized patients. *Amer. J. Psychol.*, 1952, **7**, 340 (Abstract).

Barron. — An Ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *J. Consult. Psychol.*, 1953, **17**, 327-333.

Lorr. — Rating scale and check list for evaluation of psychopathology. *Psychol. Bull.*, 1954, **51**, 119-127.

Taylor. — A personnality scale of manifest anxiety. *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1953, **48**, 285-290.

Goodrich. — Quantification of severity of overt psychotic symptoms. *Amer. J. Psychiat.*, 1953, **110**, 334.

Schatin & Freed. — A behavioral rating scale for mental patients. *J. Ment. Sci.*, 1955, **101**, 644-653.

Bass. — Development of a structured disguised personnality inventory. *J. Appl. Psychol.*, 1956, **40**, 393-397.

Gouch (H. G.). — Manual for the California psychological inventory. Palo Alto Calif. : *Consulting Psychologist Press*, 1957.

Venable (P. H.). — A short scale for rating activity withdrawal in sch. *J. Ment. Sci.*, 1957, **103**, 197-199.

Eysenk. — A short questionnaire for the measurement of 2 dimensions of personnality (M.P.I.). *J. Appl. Psychol.*, 1958, **42**, 14-17.

Hamburg & Saleskin. — Classification and rating of emotional experience. *A.M.A. : Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1958, **79**, 415-426.

Blewwett (D. B.). — Weyburn assessment scale. *J. Ment. Sci.*, 1958, **104**, 359-371.

Jenkins. — A symptom rating scale for use with psychotic patients. *Arc. Gen. Psych.*, 1959, **1**, 93-100.

Venable & Conord. — A short scale for rating paranoïd Sch. *J. Ment. Sci.*, 1959, **105**, 815-818.

Hamilton. — A rating scale for depression. *J. Neuro-Neurosurg. Psych.*, 1960, **23**, 56-62.

Wessmann. — Caracteristics and concomittents of mood fluctuation in college woomen. *J. Abnor. Soc. Psychol.*, 1960, **60**, 117-126.

Burdock & Hardesty. — A ward behavior rating scale for mental hospital patients. *J. Clin. Psychol.*, 1960, **16**, 246-247.

Gough. — Adjective checklist as personnality assessment research technique. *Psychol. Report*, 1960, **6**, 107-122.

Foulds & Caine. — The assessment of some symptoms and sings of depression in woomen. *J. Ment. Sci.*, 1959, **105**, 182-189.

Zuckermann. — The development of an affect adjective check list for the measurement of anxiety. *J. Consult. Psychol.*, 1960, **24**, 457-462.

Dunnette. — Self descriptive abjective check list as indicator of behavorial modalities. *Paper read before the american psychological association convention*, Chicago, sept. 1960.

Gottschalk & All. — Three hostility scales applicable to verbal samples. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, **9**, 256-279.

Hoffer & Osmond. — A card sorting test helfull in making psychiatric diagnosis. *J. Neuropsychiat.*, 1961, **2**, 306.

Wing. — A simple and reliable subclassification of chronic Sch *J. Ment. Sci.*, 1961, **107**, 862-875.

Beck. — Inventory for measuring depression. *Arc. Gen. of Psychiat.*, 1961, **4**, 561-571.

Clyde Mood Scale : Washington D.C. Georges Washington University, 1961.

Kanter & Sandler. — The british hospital progress test. *Cyclostyled report*, London, England, 1961.

Cole (J.). — P.P.H. Depression progress test: communication personnelle du docteur J. Cole, N.I.M.H. *Psychopharmacology Center* Bethesda.

Cutler & Kurland. — Clinical quantification of depressives reactions. *Arc. Gen. of Psychiat.*, 1961, **5**, 280-285.

Lorr. — The inpatients multidimensional Psychiatric scale manual. *Washington Veterans administration*, 1962.

Overall. — The brief psychiatric rating scale (B.P.R.S.). *Psychol. Report*, 1962, **10**, 799-812.

Margerrisson. — A structured interview method for psychiatric research. *J. Nerv. and Dis.*, 1962, **135**, 346-357.

Bunney & Hamburg. — The individual mood and behavior check list: methods for reliable longitudinal observation of behavior. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, **9**, 280-294.

Chapple & Chamberlain. — The rockland rating scale: the measurement of activity patterns of Sch. patients. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 1963, **136**, 258-267.

Gleser. — An adjective check list for measuring affect (unpublished study), 1963.

Katz. — Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: rational, description, discriminative validity and scale development. *Psychol. Report*, 1963. **13**, 503-535.

Endicott. — Objective measure of somatic preoccupations. *J. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1963, **137**, 427-437.

Wechsler & all. — The depression rating scale. *Arch. Gen. of Psychiatric*, 1963, **9**, 334-343.

Glueck (B.). — An instrument for quantitative description of psychiatric patients. *Comp. Psych.*, févr. 1964.

Weiss. — The psychiatric evaluation index. *Amer. J. of Psychiat.*, 1964, **3**, 14.

Spitzer. — The mental status schedule: rational, reliability and validity. *Comp. Psych.*, 1964, **5**, 384-395.

Zung. — A self rating depression scale. *Arch. Gen. Psych.*, 1965, **12**, 63-70.

Rockland. — Quantification of psychiatric mental status. *Arch. Gen. Psych.*, 1965, **12**, 23-28.

Lubin. — Adjective check list for measurement of depression. *Arch. Gen. of Psych.*, 1965, **12**, 57-62.

Wing. — The Present State interview: the measurement of psychiatric diagnosis. *Proceeding of the Royal Society of medicine*, 1966, vol. LIX, n° 10, 40-41.

Smith (W. G.). — A model for psychiatric diagnosis. *Arch. Gen. of Psych.*, 1966, **14**, 52-529.

Hetznecker. — A symptom check list for evaluation of psychiatric impairment: Field, survey methods in psychiatry. *Arch. Gen. of psych.*, 1966, **15**, 427-438.

HAERTZN. — Development of scale based on patterns of drug effects, using the addiction research centre inventory (A.R.C.I.). *Psychol. Report,* 1966, **18**, 163-164.

SAVAGE. — A short scale for assessment of mental health in community aged. *Brit. J. Psychiat.,* 1967, **113**, 521-523.

HARRIS & LETEMENDIA. — A rating scale of the mental state: for use in the chronic population of the psychiatric hospital. *Brit. J. Psychiat.,* 1967, **113**, 941-949.

HUMPHREY. — Functional Impairment in psychiatric out patients. « Function mood scale ». *Brit. J. Psychiat.,* 1967, **113**, 1141-1151.

HUNT. — Compoments of depression. *Arch. Gen. of Psych.,* 1967, vol. XVI, 441-447.

OVERALL. — F.C.R.S. Description standard de symptômes psychiatriques. Etablissement d'une formule d'appréciation. *Triangle* (J. Sandoz des Sciences Médicales), 1968, **8**, 178.

FOULDS. — A delusional scale. *Brit. J. Psychiat.,* 1969, **115**, 335-337.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. BLANC.

Vu : *Le Doyen,*
F. TAYEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 mai 1969.
Le Recteur de l'Académie,
J. BABIN.

Dépôt légal effectué en 1969 (2e trimestre).

28103. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192. — 1969